



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

#43

- avril 2021 -



CNISP 2021, la transversalité

face aux enjeux de santé publique

sommaire

- #43 - avril 2021 -

- p. 03 ÉDITORIAL DU VICE-PRÉSIDENT
- p. 04 LE DISCORD DU CLISP
- p. 05 RETOUR SUR L'ÉDITION 2020 DU SANI
- p. 07 DOSSIER CNISP 2021 : LA TRANSVERSALITÉ
FACE AUX ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE
- p. 38 PROPOSITIONS DE LECTURE
- p. 41 R3C : LA RÉFORME DU TROISIÈME CYCLE
- p. 50 LE SERVICE SANITAIRE EN BD
- p. 52 RUBRIQUE EURONET





Vincent Max

*Vice-président
du CLiSP 2020-2021*

Chèr(e)s co-internes,

Je suis très honoré de pouvoir ouvrir ce nouveau numéro du bulletin qui va paraître lors de la seconde édition du Congrès National des Internes de Santé Publique (CNISP). Un congrès co-organisé par nos collègues de Tours et Nantes, avec lesquelles j'ai eu le plaisir de collaborer et dont je ne saurais que souligner l'excellence du travail et les qualités humaines. Nul doute qu'ils sauront mettre ces qualités à profit pour en faire un congrès inoubliable !

L'exercice est toutefois particulier, puisque, crise sanitaire oblige, nous devons nous retrouver en distanciel, un format déjà adopté pour la première édition du CNISP, et nous espérons que l'adage « jamais deux sans trois » ne se vérifiera pas cette fois-ci.

Distanciel, virtuel, ces mots sont entrés dans notre vocabulaire il y a près d'un an, et avec force, bouleversant nos certitudes, faisant bouger des lignes que l'on pensait jusque-là devoir rester immobiles. Cette crise nous aura, entre autres, montré qu'il y a un réel besoin de santé publique, tant dans la gestion de la pandémie en tant que telle, que de ses conséquences, en particulier sur les populations les plus vulnérables. Et elle nous aura aussi rappelé que face à cette problématique, comme à d'autres, il est nécessaire de pouvoir rassembler et fédérer les forces issues de tous les champs de la société. Les défis qui se dressent face à nous pour améliorer la santé des populations ne pourraient être résolus que par les seuls médecins de santé publique.

En un mot, la transversalité est un élément clef à comprendre et maîtriser pour nous, et cela tombe bien puisque c'est le thème du CNISP !

Au delà de l'aspect évident de la nécessité de transversalité dans la réponse à la pandémie, ce congrès abordera aussi des sujets tels que la promotion de la santé via différents prismes, des liens entre écosystèmes, environnement et santé des populations, des moyens de renforcer la démocratie sanitaire ou encore de la démarche One Health (« une seule santé »).

UN SERVEUR DISCORD POUR RAPPROCHER LES INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE

Sander de Souza

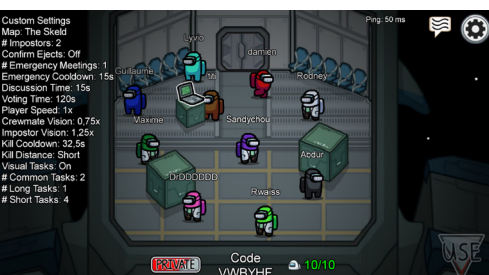
ISP à Lyon



Alors, qu'auriez-vous répondu pour compléter le blanc ? (Use Your Words)



Vincent avait lancé à Magali le défi de dessiner deux pingouins qui visitent le Sahara (Gartic Phone)



Les internes de santé publique appliquent les gestes barrière #DistanciationPhysique (Among Us)

Nous sommes en automne 2020. Les jours raccourcissent, le couvre-feu est en place dans plusieurs métropoles depuis quelques jours, et nous avons malheureusement dû faire le CNISP et le SANI 2020 à distance au lieu de ce qui était initialement prévu. Nous, internes de santé publique, avons l'habitude de nous voir plusieurs fois par an au cours des événements CLiSP/CNISP, tant sur le plan pédagogique que convivial. Comment garder du lien malgré les distances qui nous séparent ? La crise sanitaire nous pousse depuis plus d'un an à réinventer la façon dont nous communiquons.

Le CLiSP a pris la décision de créer son serveur Discord. Mais qu'est-ce que Discord ? Il s'agit d'une plateforme qui permet de partager des textes, des images et de converser dans des salons vocaux/vidéos. Elle est principalement utilisée chez les joueurs de jeux vidéo mais, au cours du temps, elle est utilisée par des groupes d'amis ou des promotions scolaires.

Nous avons organisé 3 apéros-CLiSP entre octobre 2020 et février 2021, l'occasion de discuter, rattraper le temps perdu mais aussi et surtout de jouer ! Qu'est-ce qu'une soirée entre internes de santé publique sans ses fameuses sessions d'Among Us ? À ce propos, je persiste à penser qu'Abdullah aime passer beaucoup de son temps dans la cafétéria et que c'est beaucoup trop suspect. Après, qui suis-je pour juger, quand je suis imposteur je suis à peu près aussi bon stratège que le personnage d'« Avez-vous déjà vu... ? Un crime pas parfait du tout » (« Mais non, c'est pas moi, j'avais un alibi, j'étais au cinéma »). Nos soirées sont également ponctuées de Gartic Phone, Use Your Words et de Scribble.

Ce serveur, c'est votre serveur, vous pouvez vous l'approprier et organiser vos propres événements,

à l'instar de Damien qui nous a concocté un quiz inoubliable ou de Maxime qui a organisé des parties communes de League of Legends.

En dehors des soirées, c'est toute l'année que nous échangeons, tant sur des sujets formels (internat, statistiques, actualités...) qu'informels (séries télévisées, livres, balades, livres, échanges de mèmes/GIFs...).

REJOIGNEZ-NOUS !

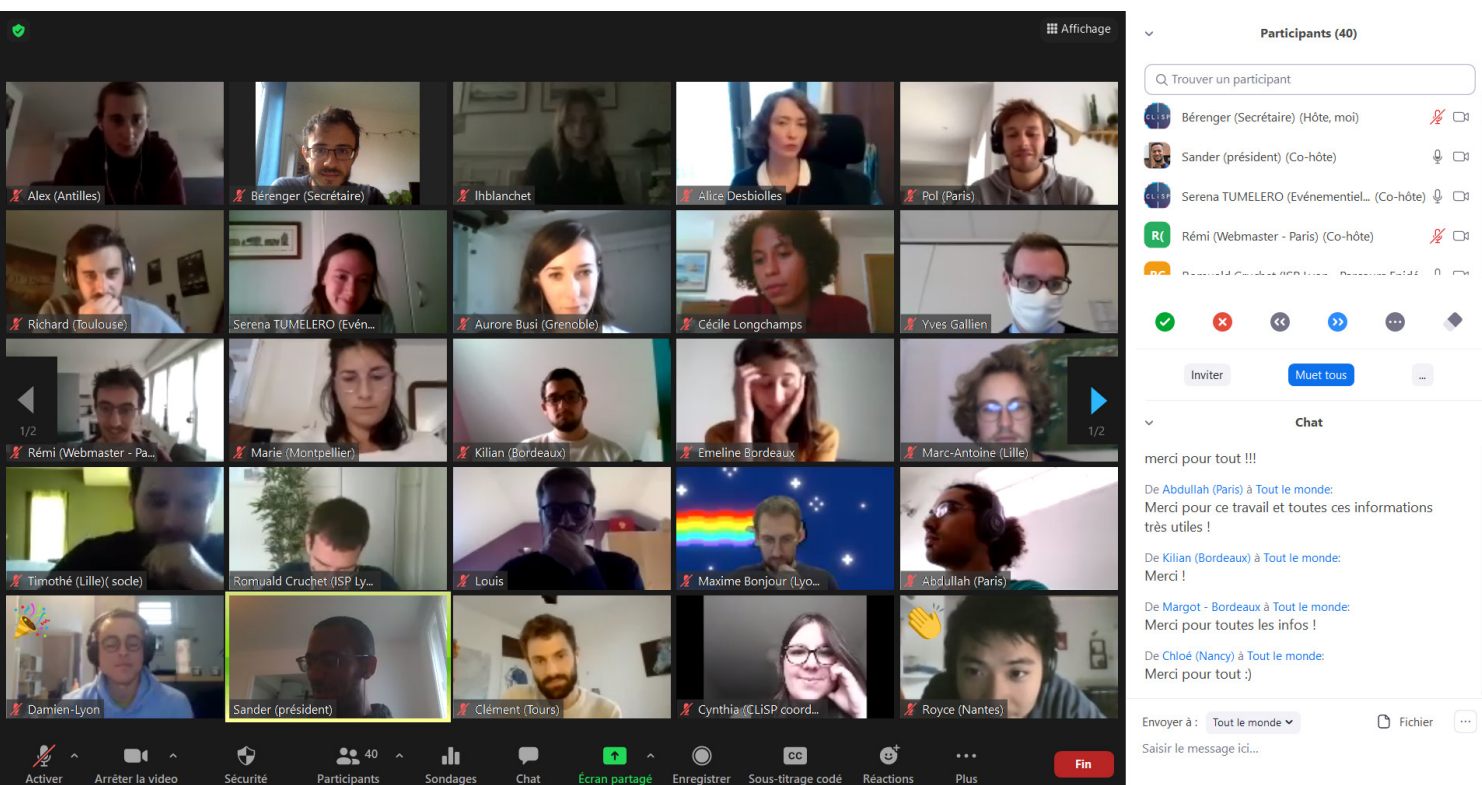
Rejoignez dès aujourd'hui la centaine de personnes inscrites sur notre serveur (réservé aux internes de santé publique) :

<https://discord.gg/twR48ySDfH>



RETOUR SUR L'ÉDITION 2020 DU SANI

Auteurs : Serena Tumelero, ISP à Marseille et Béranger Thomas, ISP à Paris



Le lundi 5 et le mardi 6 octobre 2020 a eu lieu le Séminaire d'Accueil des Nouveaux Internes de santé publique (SANI), édition 2020. Le séminaire a été cette année un peu particulier. En effet, en raison de la pandémie de Covid-19, le SANI s'est déroulé sous forme dématérialisée via la plateforme Zoom. Malgré tout, 58 nouveaux internes ont assisté aux deux journées du séminaire, intitulé cette année «A la croisée des chemins». Nous avons essayé de faire découvrir aux participants les différents domaines de la santé publique, qui ont été présentés par des internes en fin d'internat ou des anciens internes. Cette année, nous avons encouragé les intervenants à parler de leur parcours professionnel, de ce qui les a amenés à s'intéresser à un domaine en particulier, de ce qui les a passionnés, en présentant les stages et les formations qu'ils ont effectués.

Une occasion de découvrir la diversité de la santé publique

La première partie a été consacrée à des sujets généraux : la vie associative, l'internat de santé publique, comment se former en santé publique, la mobilité durant l'internat, bien démarrer son premier stage. Puis différents domaines de la santé publique ont été présentés sur les deux journées : informatique et data science, pratique clinique, économie de la santé, politiques et organisation du système de santé, qualité et sécurité des soins, santé environnementale, recherche et épidémiologie, veille sanitaire et gestion de crise, prévention et promotion de la santé, santé internationale et globale.

À la fin de chaque journée, un forum rassemblant tous les intervenants a permis aux internes de poser librement leurs questions.

Cela a été l'une des parties les plus difficiles à organiser à distance, mais les participants ont pu discuter et échanger malgré tout. Des invités – parfois surprises – sont intervenus : le Professeur Emmanuel Rusch, président de la SFSP (Société Française de Santé Publique), pour une leçon inaugurale, le Docteur Clément Lazarus, adjoint au sous-directeur de la veille et de la sécurité sanitaire du Ministère des solidarités et de la santé, ainsi que le Professeur Jérôme Salomon, directeur général de la santé.

Un séminaire dématérialisé mais toujours convivial

Enfin, malgré la distance, nous avons également pu proposer des activités conviviales, sous forme de jeux, car la convivialité est à la base de tout SANI et nous voulions en quelque sorte la recréer.

Un quiz musical en ligne suivi de jeux variés ont permis aux participants de faire connaissance.

L'animation du séminaire a également été marquée par le désormais traditionnel quiz sur la santé publique, particulièrement apprécié des néo-internes.

Nous sommes contents d'avoir pu organiser ce séminaire malgré le contexte particulier, et les néo-internes ont été très satisfaits des présentations. Notre regret est bien sûr de ne pas avoir pu les accueillir à Lyon, où nous pensions d'abord pouvoir tenir le séminaire, et d'avoir inévitablement eu moins de moments d'échange avec eux qu'en présentiel. Malheureusement, la situation ne nous a pas laissé le choix, et les néo-internes ont quand même apprécié les animations proposées. Nous leur souhaitons un bon début d'internat et nous espérons leur avoir donné des informations utiles pour la suite de leur parcours.



Quelques questions à Jacopo Aiello, nouvel interne de santé publique à Marseille.

Quelles étaient tes principales motivations à participer à ce séminaire ?

J'ai voulu participer à ce séminaire parce que je voulais rencontrer mes futurs collègues internes de santé publique et aussi parce que je voulais mieux connaître la réalité de la santé publique du point de vue pratique et professionnel en France. Je voulais en savoir plus sur les différentes possibilités de stage. En outre, je crois que c'est vraiment important d'être impliqué dans la vie associative.

As-tu apprécié le format dématérialisé ?

Bien sûr. En ce moment de grande incertitude j'ai vraiment apprécié le format dématérialisé. En effet, il aurait été peut-être impossible ou en tout cas difficile pour moi de me déplacer. Ce format est désormais pratique et bien accepté par tous je crois ; la pandémie nous a habitués à son usage.

Sur quel plan ce séminaire t'a-t-il le plus apporté ?

J'ai vraiment apprécié le fait de mieux connaître les différents domaines de la santé publique, en ayant la possibilité d'échanger avec des internes et anciens internes. Maintenant, je comprends mieux où et comment la santé publique est impliquée et joue un rôle essentiel, afin de mieux diriger mon parcours d'internat et de faire mes choix d'une manière plus éclairée.



DOSSIER CNISP 2021



p. 08 ÉDITO EMMANUEL RUSCH

p. 09 PRÉSENTATION AO CNISP

p. 10 L'ÉQUIPE DU CNISP 2021

INTERVIEWS :

p. 13 ANTOINE FLAHAULT

p. 19 OLIVIER OBRECHT

p. 22 NICOLAS LECHOPIER

p. 25 CATHERINE AUMOND

p. 28 JERÔME BROCCA

p. 32 RAGNAR WEISSMANN

p. 35 KARINE GALLOPEL-MORVAN

ÉDITORIAL DU PR. EMMANUEL RUSCH

*Pr. de Santé Publique, Président de la conférence Nationale de Santé,
Président de la Société Française de Santé Publique*

La transversalité, un défi au cœur des enjeux de santé publique

La **transversalité** est indissociable du champ de la santé publique. Il s'agit donc d'une préoccupation ancienne mais sans cesse renouvelée tant dans la façon de la penser que dans la façon de la mettre en œuvre.

La **transversalité** renvoie à la fois à une logique d'analyse et à un principe d'action. La transversalité peut « couper au travers » afin de révéler et d'appréhender des situations à la lumière de différents points de vue. Elle peut aussi chercher à « relier » différents éléments dans le souci d'un agir efficace.

La **transversalité** est un atout et une démarche essentielle pour saisir et maîtriser la complexité des enjeux et des situations de santé publique.

Sur un plan scientifique, la transversalité permet de dépasser le cloisonnement ou la juxtaposition des savoirs pour promouvoir une approche pluridisciplinaire voire transdisciplinaire.

La santé publique ne peut se contenter d'une vision biomédicale ou épidémiologique des « problèmes » de santé et laisser de côté d'autres approches scientifiques telles que l'anthropologie, l'économie, l'éducation, et bien d'autres encore.

Sur un plan social, la transversalité s'appuie sur l'expression des différents points de vue des acteurs concernés et leur implication active dans l'action, qu'ils soient experts, professionnels, usagers du système de santé ou citoyens. En santé publique, cette approche participative, promue de longue date par la santé communautaire ou par la promotion de la santé, permet d'interroger et de surmonter la tension pouvant exister entre intérêts individuels et intérêts collectifs.

Sur un plan opérationnel, la transversalité propose un mode renouvelé d'intervention dans un contexte

où de profondes transformations des institutions et des organisations en santé, médico-social et social, sont en cours. En santé publique, la transversalité se traduit par l'introduction de la préoccupation de la santé dans toutes les politiques publiques ou encore le développement de l'intersectorialité.

Sur un plan pratique, quel que soit le terme utilisé, « transversalité, pluridisciplinarité, participation, intersectorialité », la mise en œuvre de ces démarches implique des savoirs, savoir-faire et savoir-être.

Ainsi, les freins à la mise en œuvre de la transversalité sont nombreux. Il peut s'agir

a) au niveau des tutelles, des rapports de pouvoir existant entre les différents champs de compétences ;

b) au niveau des organisations, de la défense du périmètre de ses missions ;

c) au niveau des individus, de l'absence de culture commune ou de la méconnaissance des logiques d'action de l'autre.

Mais les leviers facilitant la mise en œuvre de la transversalité sont également bien connus. Il peut s'agir

a) de partager entre partenaires des objectifs conjoints clairs ;

b) de créer un contexte favorable pour promouvoir la collaboration intersectorielle (confiance, respect) ;

c) de placer les partenaires en capacité (ressources, compétences, connaissances) de passer à l'action.

Nul doute que le congrès du CNISP 2021 sera l'occasion de débattre, d'échanger des expériences, de développer les conditions nécessaires à la mise en œuvre de la transversalité en santé publique.

La crise sanitaire en lien avec la pandémie Covid-19 témoigne de l'importance de cette mise en œuvre de la transversalité afin de lutter contre les inégalités sociales de santé, de préserver les droits des personnes et renforcer la démocratie en santé.

PRÉSENTATION DE L'AO-CNISP



CONGRÈS NATIONAL
DES INTERNES DE
SANTÉ PUBLIQUE

Cette deuxième édition du CNISP (Congrès National des Internes de Santé Publique) nouvelle version, grâce à l'investissement de l'équipe du CLiSP et la création de l'AO-CNISP en 2019, reste cette année encore particulière.

Particulière, par la situation sanitaire. On se souvient du report du CNISP 2020, et finalement de sa tenue en format dématérialisé à six mois de la date initiale, passant du traditionnel mois d'avril au mois d'octobre. Le CNISP 2020 n'avait pas encore eu lieu que nous tenions déjà nos premières réunions pour l'organisation du CNISP 2021, et la question qui nous animait lors de ces premiers échanges revenait systématiquement : prendre le pari d'une organisation présentielle, ou non ? Et même si la décision n'a pas été prise de gaieté de cœur, il a rapidement fallu se rendre à l'évidence qu'une organisation en distanciel était plus raisonnable, et peut-être la seule option viable comme le mois de novembre nous l'a confirmé. Bon. Un format dématérialisé ne rimant pas avec un CNISP au rabais, toute l'équipe organisatrice s'est investie pleinement, contre vents et marées, pour vous concocter un congrès enrichissant et captivant.

Particulière, par l'organisation multi-villes. Encore une fois dans l'histoire du CNISP (et du SANFI historique, ne l'oublions pas), nous avons choisi de regrouper des internes de santé publique de plusieurs villes pour travailler à la préparation du congrès. Ainsi, en renfort de l'équipe des tourangelles et tourangeaux, se sont ajoutés deux internes nantaises qui n'ont pas été de trop. Tours n'avait en effet plus été ville organisatrice depuis 2006 et lorsque, l'idée a émergé dans les suites du CLiSP, nous avons tous été enthousiastes à l'idée de participer à cette aventure. Puis, considérant l'organisation du SANFI de Montpellier en 2019, la solution pour être plus nombreux était toute trouvée.

Particulière, par le thème retenu : la transversalité. La Santé Publique étant une spécialité pluridisciplinaire et transversale par essence, construire le programme pédagogique revenait pour nous, au début de l'aventure, à discuter avec vous de tous les aspects de notre discipline. Ce qui chargeait un peu le programme... Nous avons donc opté pour la déclinaison de la transversalité via quatre champs, basés principalement sur les préoccupations sociétales qui nous paraissaient actuelles et prioritaires, en termes à la fois de politique de santé et de citoyenneté. Nous espérons donc que le congrès sera à la hauteur de vos attentes.

Enfin, nous tenons à remercier chaleureusement le Collège Universitaire des Enseignants en Santé Publique et le Collège des Enseignants de Santé Publique : biostatistiques, informatique biomédicale et technologies de la communication pour leur accompagnement et leur soutien, nos enseignants de Tours pour leurs conseils et leur disponibilité, ainsi que l'ensemble des intervenant.e.s pour leur implication. Sans oublier, bien sûr, l'équipe du CLiSP et l'ancienne équipe de l'AO-CNISP 2020 pour leur partage d'expérience.

Il nous tarde de pouvoir vous retrouver, nous vous souhaitons en attendant un excellent webinaire.

Marie ANSOBORLO

Présidente du CNISP

Aline-Marie Florence,

Rédactrice en chef du bulletin du CNISP

L'ÉQUIPE DU CNISP 2021



**Hello,
je suis Marie,**

interne en 5ème semestre, en stage au Centre d'Investigation Clinique du CHRU de Tours. Orientée vers la Santé publique pour travailler dans la santé mondiale, c'est ensuite la recherche en cancérologie, les biostats et l'informatique médicale qui m'ont conquis !

Cette année à la présidence de l'AO-CNISP a été riche en enseignements et émotions pour quelqu'un de plutôt introvertie et peu organisée à la base ! J'ai appris à connaître le milieu associatif d'abord en tant que participante (Euronet MRPH) puis j'ai été happée par cette activité qui fait découvrir de nouveaux horizons tant géographiques que culinaires (la Francesinhas de Lisboa, la paella de Valencia et la soupe en croûte de Nancy) et professionnels notamment grâce à différents postes (communication au CLISP et webmaster à l'ISPO).

Véritablement, c'est une formation très professionnalisante ! Endosser un rôle dans une asso est aussi très inspirant par toutes les découvertes du champ de la santé publique et les rencontres. Le corollaire sont les ressources à mobiliser niveau énergie et temps personnel !



**Coucou, Je suis
Simon,**

intéressé par la prévention/promotion de la santé et la santé environnementale.

Je suis actuellement en disponibilité pour réaliser un Master 2 en Santé, Travail, Environnement à l'ISPED de Bordeaux.

Je suis cette année secrétaire général de l'association organisatrice du CNISP 2021. C'est d'ailleurs un grand plaisir que de faire partie de cette équipe. Pour mieux approfondir des sujets inconnus, pour travailler en groupe, pour sortir du quotidien du stage ou de la formation, pour apprendre à organiser et penser en amont à tous les détails / obstacles afin de les prévenir, la participation à l'organisation de ce congrès est très enrichissante. Cela demande de bien organiser son temps pour ne pas se faire déborder, mais cela en vaut la peine.

Si toi aussi, tu cherches à développer tes compétences afin d'acquérir une expérience haut de gamme dans la construction d'un séminaire et si tu te demandes si tu souhaites l'organiser avec tes co-internes de ta subdivision, la question est vite répondue.



Bonjour, je suis Geoffrey, co-responsable logistique et du programme social. Si vous lisez ça après le congrès, j'espère que tout s'est bien passé et que vous avez bien profité ! Et si ce n'est pas le cas, oubliez...

Au-delà du CNISP, je termine mon internat après un parcours orienté vers l'économie et la gestion de la santé. Ces quelques mois d'organisation ont été très intéressants, formateurs et stimulants. OK, je dois bien vous avouer que c'était aussi déchirant quand j'ai compris qu'il fallait oublier l'atelier œnologie pour le programme social. En tout cas, organiser le CNISP 2021 a été très enrichissant, en particulier sur le plan humain. Ce travail en équipe résume assez bien notre belle spécialité. On a passé beaucoup de temps ensemble (quand on pouvait sortir) mais on n'avait jamais tous travaillé ensemble sur un tel projet. Donc je suis ravi de finir mon internat sur cette belle expérience collective. Merci à tous ! Alors bien sûr, si organiser le CNISP était à refaire, je le referais ! Mais à une condition : que Sixtine s'achète un micro digne de ce nom... On comprenait un mot sur trois !

Bonjour, je suis Cécile Ferriot

co-responsable communication et Webmaster du CNISP 2021. L'équipe tourangelle ayant ouvert leur projet d'organisation du CNISP aux ISP de l'ouest, je suis l'une des deux nantaises de l'équipe! Actuellement en 6ème semestre, mon intérêt se porte vers l'hygiène et la prévention du risque infectieux ainsi que l'épidémiologie et la veille sanitaire.

Le milieu associatif est une véritable mine d'or pour développer ses compétences et laisser libre cours à sa créativité, d'autant plus à la com! J'ai totalement découvert la gestion d'un site internet avec le CNISP. La plus grande révélation de cette préparation je la dois à Marie : l'effet Dunning-kruger, allez voir ça explique beaucoup de choses ! Il faut bien garder en tête qu'organiser un CNISP est un marathon où il est primordial de communiquer et parfois se relayer : un beau travail d'équipe.



Si c'était à refaire, je foncerai : l'organisation du CNISP est une très belle aventure humaine qui prend certes du temps mais qui vaut le coup ! Lancez-vous, vous ne le regretterez pas !



Hello, je suis Mélissa, co-responsable com' du #CNISP2021. Interne de Nantes, je suis devenue interne du Grand Ouest.

Après Angers, Nantes et Rennes, je me pose à Saint-Nazaire pour mon année de Docteur Junior en Hygiène Hospitalière. Quand Simon m'a parlé du projet fou des Tourangeaux d'organiser le CNISP, j'étais admirative et un peu envieuse je l'avoue. Alors quand il cherchait des motivé(e)s pour les rejoindre, j'ai foncé. J'avais envie d'aider et de faire partie d'une équipe, d'un projet ! C'est du boulot mais aussi de la découverte et une montée en compétences qui ne peut que nous servir pour nos projets futurs.

Et puis le travail en équipe, c'est vraiment là que j'ai compris ce que c'était ! Un peu dommage de ne pas (encore) avoir pu goûter le Vouvray de Geoffrey... J'aurais préféré le faire plus tôt dans mon internat pour ne pas être débordée (thèse, mémoire...). Ça demande d'être impliqué au maximum pour en profiter au maximum ! Mais je le referais sans hésiter.



Bonjour, Sixtine alias "Poum" à Tours.

J'aime ... les sorties après 18h, les soirées, les rencontres ... Mais aussi lire, tricoter, et cuisiner (activités bien plus adaptées à la période !). Je n'aime pas...

quand mon micro ne fonctionne pas sur Zoom !

En Santé Pub', mon choix s'est orienté vers l'organisation du système de santé et je me passionne pour les innovations organisationnelles #Article51. Trésorière du CNISP, ce poste m'apprend la rigueur et les BP ! J'ai aussi apprécié organiser les ateliers avec le challenge de l'interactivité à distance.

Organiser le CNISP est une expérience enrichissante, tant sur le plan du programme scientifique à élaborer, que sur le plan humain de collaborer avec ses amis. S'il y a un point d'ombre, c'est la décision de dématérialiser l'événement : nous étions tellement enthousiasmés de vous faire découvrir Tours. Nous avons relevé ce défi, ce projet grandiose qui nous paraissait si fou ! Ce congrès marque la fin de mon internat, vivre les 3 derniers jours de ces études si longues, aux côtés de mes co-internes de Tours, ainsi que vous tous... sera gravé à jamais dans ma mémoire.

Salut ! Moi, c'est Clément,

jeune interne de Santé Publique à Tours. J'ai choisi cette spécialité pour bosser sur des questions de santé sexuelle, d'addictions et de réduction des risques et des usages. J'avoue avoir un petit faible pour les SHS et vouloir les intégrer dans mon cursus.

J'ai intégré l'équipe organisatrice du CNISP avec un peu de retard, mais mieux vaut tard que jamais, surtout quand il manque un chargé des partenariats ! Ce travail qui permet de rendre possible le CNISP est vraiment satisfaisant ! Le point négatif de cette organisation c'est le distanciel. J'avoue que ça nous a fait gagner du temps, le budget en devient inévitablement réduit et le distanciel facilite sa gestion. Mais si c'était à refaire, ce serait à refaire hors COVID.

Un congrès en présentiel, des rencontres, la découverte d'une ville et de ses spécialités... Et surtout un congrès qui se finit autour d'un verre en terrasse !

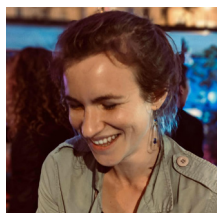


Hola, moi c'est Cathie !

Je suis une ISP tourangelle venue des Monts du Lyonnais. J'adore écouter de la musique, être entourée de mes amis ou de ma famille et je suis uneoureuse de la nature et des animaux. Je dirai aussi une ISP de l'Ouest car j'ai intégré l'asso interrégionale dès ma seconde année d'internat.

Je suis co-responsable logistique et programme social du CNISP 2021 aux côtés de Geoffrey. Un peu frustrant avec le contexte... mais on espère que nos activités vous mettront l'eau à la bouche ! J'ai particulièrement apprécié participer à l'élaboration du programme pédagogique avec toute l'équipe. Chacun a des orientations diverses reflétant la richesse de notre spécialité. Perso, j'ai un intérêt certain pour la prévention et la promotion de la santé !

Organiser le CNISP c'est du boulot, faut l'avouer. Mais c'est l'opportunité de mettre à l'honneur nos centres d'intérêts et la dynamique de nos villes. Cette année si particulière, ce projet nous a permis de maintenir un lien entre internes, malgré les apéros volés ! Des compétences requises ? Motivation et un brin de folie !



Hello ! Aline, enchantée :)

Je suis en septième semestre en inter-CHU dans un service de Médecine Légale et Médecine Sociale en Seine-St-Denis pour me spécialiser sur les questions de violences.

J'aime bien les œilletons et tenter de faire germer des avocats. Je n'aime pas les inégalités sociales de santé, et quand les noyaux d'avocat ne germent pas. J'ai un parcours axé recherche et très coloré par les SHS (sociologie, histoire de la médecine, éthique...).

Je suis ravie d'avoir pu rejoindre l'organisation du congrès en tant que Responsable pour le Bulletin du CLISP. L'organisation a été un peu compliquée à prendre mais je suis très contente d'avoir pu trouver des solutions pour suivre ce projet passionnant. Être responsable du Bulletin a été une expérience géniale : préparer les questions en se fondant sur le parcours et les travaux des intervenants, s'entretenir avec eux et puis rédiger le rendu final, tout ça avec une deadline serrée... (Fabiana, clin d'œil) ! Si vous êtes un peu mordu d'écriture, n'hésitez pas !

INTERVIEW DE ANTOINE FLAHAULT

Antoine Flahault, Professeur de Santé Publique spécialisé en modélisation biomathématique des maladies infectieuses et émergentes, à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève, Directeur de l'Institut de Santé Globale de Genève.

Aline-Marie Florence Bonjour Pr. Flahault. Merci pour votre disponibilité à réaliser cette interview. Pourriez-vous nous raconter quel a été votre parcours ?

Antoine Flahault Je suis un ancien interne de santé publique, en réalité de la toute première génération des internes de santé publique. J'ai curieusement commencé mon internat de santé publique par un stage en réanimation à Garches. J'étais très content puisque j'étais médecin d'abord et avant tout. J'ai ensuite réalisé mon internat de santé publique avec des stages plus classiques, à la Direction Générale de la Santé, à la Pitié-Salpêtrière, à l'Institut Curie, et durant mon internat, j'ai effectué un DEA (ancien « Master » à l'époque) de biomathématiques parce que j'ai voulu faire de l'épidémiologie théorique. Je me suis ensuite spécialisé dans la modélisation biomathématique des maladies infectieuses transmissibles, dont j'ai fait mon sujet de recherche pour le reste de ma carrière. Après mon internat, j'ai travaillé cinq ans dans l'industrie pharmaceutique, chez Sanofi, à la direction de la pharmacovigilance où j'étais pharmaco-épidémiologiste. J'ai ensuite été nommé Maître de conférence et Praticien Hospitalier à l'hôpital Tenon dans la faculté de médecine Saint-Antoine, où j'ai rejoint l'équipe d'Alain-Jacques Valleron, et où j'ai poursuivi mes recherches sur la surveillance et la modélisation des maladies transmissibles telles que le VIH ou la grippe. Durant cette période, j'ai également pris la direction du Réseau Sentinelle. J'ai ensuite été nommé Professeur des Universités et peu après, on m'a demandé, dans le cadre de mon expertise sur les maladies infectieuses émergentes, de diriger les recherches sur le Chikungunya et la Dengue pendant la crise dans l'Océan Indien. On m'a par la suite proposé de prendre la direction de l'EHESP à Rennes, dont j'ai été le 1er directeur sous son nouveau statut d'établissement d'enseignement supérieur. Lors de mon mandat à l'EHESP, j'ai muté



de l'Université Pierre et Marie Curie vers l'Université Paris-Descartes. Et puis, à la fin de mon mandat, j'ai été contacté par les suisses, endroit où j'avais passé mon enfance et où j'ai toute ma famille - mon père était médecin à l'OMS. L'on m'a demandé de fonder l'Institut de santé globale à l'Université de Genève, ce qui constituait un défi intéressant dans ma vie professionnelle que je suis très heureux de tenter de relever.

AMF C'est effectivement un parcours riche et intéressant, qui s'est finalement orienté à l'intersection de l'épidémiologie des maladies infectieuses transmissibles et de la santé internationale. Pensez-vous que ces deux champs soient interdépendants ?

AF Alors les termes sont intéressants. Lorsque l'on m'a demandé de diriger l'Institut de santé globale à Genève, on ne l'a pas appelé Institut de santé internationale, et je me suis aussi posé cette question, pourquoi pas santé internationale ? Les canadiens, et d'autres, parlent eux de santé mondiale, termes contenus notamment dans l'acronyme de l'« OMS ».

En l'absence de définition de la santé globale, pour y réfléchir, dès mon arrivée à Genève, j'ai invité des collègues suisses et nous avons publié un article proposant une définition de la santé globale, fruit de nos échanges et réflexions.

Ainsi nous proposons six principes. Premièrement, c'est une discipline qui s'intéresse à des problèmes de santé qui traversent les frontières, comme les maladies transmissibles, les problèmes liés au tabac, à l'obésité, les cancers, tous ces problèmes de santé qui sont rapidement trans-nationaux. Deuxièmement, la complexité des problèmes de santé exige une approche holistique, que l'on appelle en anglais « system thinking » et qui consiste en une approche intégrative des disciplines. Troisièmement, la transdisciplinarité. On connaît l'interdisciplinarité de la santé publique qui convoque différentes disciplines, comme l'épidémiologie, la sociologie, l'économie ou le droit de la santé par exemple. La santé globale propose d'aller plus loin encore, pour mieux résoudre ces problèmes de santé complexes. La transdisciplinarité ouvre le débat aux autres secteurs de la société, pas seulement aux disciplines universitaires : les organisations non gouvernementales, les organisations internationales, le secteur privé comme les laboratoires pharmaceutiques, la société civile,... Sans naïveté, il s'agit d'intégrer tous les partenaires qui peuvent contribuer à trouver ensemble des solutions efficaces. Quatrièmement, le recours à l'innovation, pourvu qu'elle soit abordable, accessible. Nous l'avons vu pour les techniques de mRNA qui ont été très utiles dans la crise de la Covid-19 pour les vaccins, mais aussi l'intelligence artificielle dans la surveillance électronique des maladies, les robots, les drones pour acheminer des vaccins en Afrique sub-saharienne, etc. Toutes ces

technologies peuvent contribuer efficacement à la Santé Publique, il faut garder une veille compétente sur elles et créer des partenariats avec les écoles d'ingénieurs pour les développer et les évaluer ensemble. Cinquièmement, la préoccupation pour la planète, les questions de « sustainability » (ce qui concerne le développement durable, ndlr) : on ne peut pas développer de politique de santé publique sans avoir la très forte préoccupation de respecter et favoriser la santé de la planète. On ne vit pas en bonne santé sans vivre sur une planète en bonne santé. Et sixièmement, les droits humains, notion consubstantielle de la santé qui en est l'un d'entre eux. Nous ne devons jamais oublier que la santé publique n'est pas une science fondamentale, c'est une science médicale, humaine, et sociale. Nous avons été confrontés durant cette pandémie à de nombreuses interventions de santé publique portant atteinte aux droits humains, comme par exemple la fermeture des écoles, qui met en jeu le droit inaliénable des enfants à l'éducation. Il n'y a pas de réflexion de santé publique sans questionner d'abord le respect des droits humains.

AMF Pour revenir un peu plus à votre expertise de biostatisticien, pouvez-vous nous expliquer en quoi consiste la modélisation d'une dynamique épidémique ?

AF Un modèle est une représentation simplifiée de la réalité, qu'il s'agisse d'un modèle animal, clinique ou mathématique. On ne peut donc pas reprocher au modèle d'être trop simpliste; par définition, mettre en équation une trajectoire épidémique, et donc des comportements humains et des interactions avec son environnement, c'est une simplification de la réalité. La théorie mathématique des épidémies est née à partir de la volonté de comprendre la fin de la pandémie de grippe espagnole dans les années 1920. Cette théorie s'applique toujours aujourd'hui. Elle résonne par compartiments : on est susceptible au virus, exposé, en incubation, en phase infectieuse et contagieuse, ou retiré de la chaîne de transmission (par décès ou par immunité naturelle ou acquise). Évidemment, c'est simpliste, la vie ne nous met pas dans des compartiments. On peut complexifier nos modèles, afin de tenir compte de déterminants importants dans la dynamique épidémique, tels les déterminants sociaux, environnementaux ou génétiques.

Il y a un enjeu important pour les futurs professionnels de santé publique de comprendre la théorie mathématique des épidémies et son impact sur la gestion des maladies transmissibles et les politiques de santé dans le domaine.

Le théorème « du seuil », par exemple, gouverne nos vies depuis le début de cette pandémie puisque c'est celui qui stipule qu'au-dessus de la valeur 1, le taux de reproduction nous alerte que nous passons en mode épidémique avec une croissance exponentielle, tandis qu'au-dessous de 1, l'épidémie est contrôlée. Ce taux de reproduction R , dans un modèle simple, est le produit de trois paramètres : la probabilité de transmission, le nombre de contacts et l'intervalle de génération (que l'on peut approximer à la période contagieuse dans les modèles les plus simples). Ce sont donc sur ces trois paramètres que les mesures de santé publique vont se déclinier, l'objectif étant de ramener le R au-dessous du seuil de 1. Les politiques publiques vont chercher ainsi à faire baisser la probabilité de transmission par les gestes barrières, baisser le nombre de contacts par des mesures de confinement et baisser l'intervalle de génération par des traitements anti-viraux ou des vaccins lorsque l'on en a à disposition. Ainsi, le Tamiflu (traitement anti-viral prescrit en cas de grippe, ndlr), jugé peu efficace en clinique, en diminuant significativement l'intervalle de génération a pu être conseillé parmi les outils de contrôle épidémique.

Avec cette pandémie, la modélisation mathématique est entrée dans le débat public, chacun ayant pu s'apercevoir que quand le R diminuait, la vie était plus sereine, et lorsque le R augmentait, le risque épidémique redevenait menaçant. Et quelque part, on a une sorte de validation de la théorie mathématique des épidémies par la mise en pratique et l'observation quasi quotidienne de cette pandémie. Là où la modélisation mathématique a été plus discutée, c'est dans le domaine de la prévision épidémiologique, domaine particulier de mes propres recherches. En anglais on emploie le terme « epidemic forecasting » et celui de « epidemic nowcasting ». A ce jour, pour des maladies émergentes comme la Covid-19, ou Ebola on ne sait pas prédire à trois mois, à six mois. On

ne sait même pas dire ce qu'il se passera dans un mois. Nous avons monté durant cette pandémie un programme de modélisation mathématique de la Covid-19 portant sur 209 pays et territoires, en collaboration avec les deux écoles polytechniques du pays (basées à Lausanne et Zurich). Cinq data-scientists y travaillent à temps plein, analysent tous les modèles disponibles qui tournent quotidiennement sur le plus grand ordinateur d'Europe (basé à Lugano, dans le Tessin suisse), et en fait, nous ne sommes pas capables de prédire avec fiabilité au-delà de sept jours ! A l'exception de certaines situations très stables comme en Chine actuellement où l'on peut éventuellement s'avancer un peu plus. Les anglo-saxons ont défini le terme de « now casting » qui signifie « prédire pour maintenant » et qui me convient bien.

Enfin, les techniques de rétro-calcul sont également très utiles en modélisation, et se rapprochent un peu du now casting. L'Institut Pasteur et l'Imperial College prédisent ainsi la séro-prévalence pour la France et l'Europe. Sans faire de tests dans la population, ils calculent, à partir des cas et des décès rapportés, le nombre de personnes contaminées dans la population et par zone géographique. Lorsque l'on ne fait pas de prévisions à moyen ni à long terme, lorsque l'on appelle la théorie mathématique des épidémies pour mieux comprendre et analyser ce qui se passe aujourd'hui, alors on apporte un éclairage décisif aux politiques publiques.

AMF C'est effectivement très intéressant, et cela m'amène à vous demander ce qui, selon vous, a pu conduire à la diffusion massive de la Covid-19, en comparaison à l'épidémie de SRAS qui avait eu lieu en Chine également ou même du MERS, endémique en Arabie Saoudite ?

AF C'est une très bonne question. Fin janvier, début février 2020, à une époque où même l'Italie n'était pas encore atteinte, il y avait quelques cas en dehors de Chine mais très peu. Parmi les scénarios possibles, il y avait en effet celui du SRAS. Au moment du SRAS, en 2003, des modélisateurs avaient fait des prévisions alarmistes disant que l'on allait vers une pandémie effroyable. Le SRAS, au contraire, a été contrôlé très rapidement. 25 pays ont été atteints, et les personnels hospitaliers, le plus souvent contaminés par des cas venant de l'étranger via les transports aériens, ont payé un lourd tribut à ce coronavirus (SARS-CoV). Début février 2020, il y avait aussi une vingtaine de pays atteints par le Covid 19, et le SRAS faisant encore partie des scénarios possibles. Et puis, le 21 février tout a basculé : l'Italie, l'Iran et la Corée du Sud ont été simultanément atteints - j'ai d'ailleurs

écrit un livre qui donne les détails. À l'évidence, il ne s'agissait pas de cas nosocomiaux repérés au retour d'un touriste venant de Chine. On était face à des cas communautaires graves, qui se rendaient à l'hôpital et dont on ne comprenait pas les chaînes de transmission.

Puis l'OMS a déclaré (le 13 mars) une pandémie. Mais en effet il a fallu un peu de temps entre le moment où l'on a vu des foyers autochtones émerger dans différents pays et le moment où l'on a pu dire, formellement, que l'on était dans une dynamique pandémique. Pourquoi le SRAS n'a pas pris cette trajectoire ? Pourquoi le MERS non plus ? Pourquoi la COVID-19 a déferlé sur le monde à l'instar d'une pandémie de grippe ? L'une des grandes différences entre le SARS-CoV et le SARS-CoV2, c'est que le SARS-CoV, à l'origine du SRAS, est responsable d'une maladie bruyante dans quasiment 100% des cas. Il n'y a pas de cas de SRAS asymptomatique, il n'existe quasiment pas de formes modérées non plus, c'est une pneumonie sévère qui amène à l'hôpital, d'ailleurs associée à une mortalité élevée, de 10% des contaminés. Le SARS-CoV2 est responsable dans 85% des cas, d'une forme très modérée de la maladie, voire asymptomatique ou avec des symptômes mineurs qui n'amènent pas à consulter et cette typologie de maladie émergente la rend beaucoup plus difficile à contrôler. C'est à la fois moins terrifiant, si je suis infecté je ne vais que très rarement faire une pneumonie susceptible de me conduire en réanimation, et redoutable : si je suis asymptomatique, et que je ne sais pas que je suis contaminé, rien ne m'empêchera de prendre l'avion, d'aller au travail, au restaurant, à la gymnastique ou à la chorale et contaminer tout mon environnement sans que personne n'identifie que j'ai pu être le vecteur de leurs contaminations. Ces cas asymptomatiques ou pré-symptomatiques ne peuvent pas se détecter en passant par les portiques aux aéroports, ne vont pas voir le médecin et pourtant sont contagieux dans la communauté. Il y a avec ce type de maladie virale respiratoire, comme avec la grippe, tous les ingrédients pour générer une pandémie.

AMF La modélisation de la Covid-19 a-t-elle conduit à réévaluer certains paramètres d'ajustement habituellement utilisés ? Existe-t-il des difficultés spécifiques relatives à sa modélisation en comparaison à d'autres maladies épidémiques connues (SRAS, MERS, Ebola etc..) ?

AF Les fondements théoriques de la modélisation de la Covid-19 ont été, comme nous l'avons rappelé, les mêmes que ceux des autres maladies transmissibles. Ils reposent sur la théorie mathématique

des épidémies élaborée dans les années 1920. Il est utile de tirer des leçons de certaines erreurs liées à ces modèles, car on apprend beaucoup en se trompant. Par exemple, une modélisation faite par l'Imperial College au mois de mars prévoyait que si la Suède s'entêtait dans sa politique de non confinement, elle aurait à déplorer 96000 décès au mois de juin 2020. Et finalement, elle a rapporté 7000 morts. Que s'est-il passé ? Pourquoi l'absence de confinement en Suède avait-elle entraîné une mortalité (rapportée à la population) voisine de celle de la France qui menait alors une politique de confinement strict ? Certains ont évoqué la configuration géographique de la Suède et la répartition de la population sur le territoire différente de celle de la France, mais ce n'est pas très explicatif puisqu'en France, ce ne sont pas seulement les régions les plus peuplées qui ont été les plus atteintes par la première vague. Comme en Italie, où Milan a plutôt été moins atteinte que certaines régions rurales de Lombardie. En revanche, l'explication est que les Suédois se sont confinés – auto-confinés – avec une efficacité voisine des Français en termes de réduction des interactions sociales. Anders Tegnell est le responsable de la Santé Publique en Suède, et y dirige l'ensemble des opérations relatives à la santé sans pour autant appartenir au gouvernement. En réalité, en Suède, on laisse aux experts le soin de gérer la situation, et si elle exige une prise de décision politique, tel des mesures de confinement, le gouvernement intervient par décret. D'ailleurs, la Suède a tout de même décrété en mars 2020 la fermeture des lycées et des universités, les rassemblements de plus de 50 personnes. Mais pour le reste, c'est l'agence de santé publique qui a su convaincre les suédois de rester chez eux, de télétravailler. Les lignes aériennes suédoises n'ont jamais fait l'objet d'un décret les interdisant aux avions de décoller, mais tous les avions étaient cloués au sol... faute de passagers. Le trafic routier est tombé à 10%. Les restaurants et bars n'étaient fréquentés qu'à 25%.

Il ne s'agissait pas d'une politique de laisser aller, mais d'une politique d'incitation à l'auto-confinement, de responsabilisation citoyenne, car c'est ainsi que cela fonctionne en Suède.

Le modèle mathématique de l'Imperial College s'est trompé ici parce qu'il n'avait pas pris en compte les

comportements culturels des Suédois en matière de santé publique.

AMF Ainsi, finalement appréhender certains comportements sociaux peut constituer la limite de certains modèles ?

AF Oui, rappelons-nous qu'ils sont toujours trop simplificateurs, mais en nous forçant à nous pencher sur les erreurs que ces modèles commettent, ils nous renseignent sur des aspects relatifs à la complexité des problèmes traités. Le modèle de l'Imperial College ne tenait pas compte de cet auto-confinement, et faisait comme si les Suédois vivaient comme avant, alors qu'en réalité le confinement y était à peu près équivalent à celui en France, même s'il n'avait pas été promulgué par décrets. La Suisse, n'a pas institué d'assignation à résidence et spontanément, les gens sont restés chez eux. Il s'agit d'une organisation de la société sans doute différente de celle des pays latins. Dans les pays nordiques et germaniques d'Europe, on fait davantage confiance à l'individu pour appliquer des mesures de santé publique.

AMF Pour rebondir sur ce sujet, vous avez notamment co-publié en 2008 un article dans *Nature* sur la modélisation de l'impact de la fermeture des écoles lors de la pandémie H5N1 qui permettait de ralentir la propagation du virus. Compte-tenu de votre expérience, que pensez-vous aujourd'hui des mesures non pharmaceutiques prises par les différents gouvernements pour lutter contre la pandémie de Covid-19 ?

AF Expérimentalement, on a tous vu l'efficacité des mesures de confinement, c'est une mesure extrêmement impactante en termes de privation de libertés, de limitation de la vie sociale et de la vie économique, mais sur le plan sanitaire, c'est aussi une mesure très efficace. Les seules mesures barrières, on le voit bien avec un R effectif ramené de 3 (en mars 2020) à 1,5 (en octobre), n'ont pas suffi à enrayer une progression exponentielle de la courbe épidémique. Le confinement a alors été à nouveau nécessaire avec son cortège de mesures, incluant le télétravail, la fermeture des bars et restaurants, l'interdiction des rassemblements etc, sans fermeture des écoles à l'automne 2020. On a vu des confinements avec fermeture des écoles en mars-avril (presque partout) et des confinements sans fermeture des écoles en novembre-décembre (presque partout). Ce dernier a fonctionné, mais n'a pas réussi, en France, à atteindre l'objectif fixé par le gouvernement (moins de 5000 cas par jour) mais il a permis

de descendre de plus de 50000 cas par jour à un plateau de 20000 cas sans décrochage jusqu'à la fin février. Dans d'autres pays, la fermeture des écoles a été instaurée comme en Allemagne, au Portugal, en Irlande, au Royaume-Uni ou au Danemark et tous ces pays ont connu une baisse plus importante et plus rapide de leurs cas.

Évidemment, je parle de l'efficacité sanitaire sur le plan du coronavirus, je ne parle pas des dégâts collatéraux, sur le plan de la santé mentale ou de la mauvaise prise en charge possible d'autres maladies ou encore sur le plan éducatif, social et économique. Dans aucun manuel d'épidémiologie ou de santé publique, vous ne trouverez le concept de confinement pour enrayer la propagation d'une pandémie. On évoque les cordons sanitaires pour circonscrire un foyer local, mais pas de confinement de tout un pays voire un continent. La théorisation du confinement a été élaborée par les chinois et mise en œuvre à la surprise du monde qui les regardait, le 23 janvier 2020. Il s'en est suivi le confinement de près de 4 milliards de personnes entre mars et avril.

AMF Pour vous, quelles sont les leçons à tirer de cette crise pour l'avenir ?

AF Énormément de leçons devront être tirées pour l'avenir. Pour l'OMS, pour la santé publique, pour nos économies, pour la préparation à de nouvelles pandémies et déjà pour le règlement de cette pandémie à moyen et long terme. Je ne sais pas si on va éradiquer le SARS-CoV-2 de la planète comme le SARS-CoV ou la variole. Je ne sais pas quels vont être le rôle des nouveaux variants, est-ce que ces nouveaux variants vont échapper à la vaccination et faudra-t-il rapidement de nouveaux vaccins adaptés ? Je pense qu'il est encore trop tôt aujourd'hui pour parler de l'avenir, rappelez-vous que j'ai borné cet avenir à 7 jours ! Il faut continuer à lutter contre cette maladie, voir qui sont les pays champions dans cette lutte et qui sont les pays qui réussissent moins bien pour s'aligner sur ces pays champions.

AMF Vous avez par ailleurs une expérience très riche dans la formation en Santé Publique (fondation de l'EHESP, co-directeur du Centre Virchow-Villermé for Public Health Paris Berlin, co-directeur de l'EAGHA) tant nationale qu'internationale. Existe-t-il des visions différentes de la spécialité au niveau européen ?

AF La santé publique prend ses racines dans deux courants de pensée, l'un vient de l'idéologie

marxiste et l'autre des doctrines judéo-chrétiennes avec les bons et les mauvais côtés de ces origines. Le côté généreux, bon samaritain des origines chrétiennes, mais aussi le côté équitable avec la volonté d'un service public universel accessible à tous hérité du socialisme. Mais inhérent à la pensée judéo-chrétienne, « pour gagner votre paradis, il faut souffrir ». Et si le paradis pour la santé publique, c'est l'espérance de vie sans incapacité, ne croyez pas que vous allez arrêter de fumer en vapotant des cigarettes électroniques parfumées, il faut s'arrêter de fumer, ou au pire recourir aux patchs de nicotine, sans saveur et sans plaisir. Casques, ceintures de sécurité, préservatifs, régimes etc. tout cela conduit à une santé publique moralisante qui nous explique que pour vivre longtemps en bonne santé, les données scientifiques nous recommandent de ne pas être en surpoids, ne pas boire d'alcool, ne pas fumer, et bouger davantage. Il faut donc se préparer à souffrir un peu pour gagner des années de vie en bonne santé. Parmi les côtés négatifs de la pensée marxiste, c'est la voix du parti. Si vous êtes divergent, si vous ne pensez pas comme le parti, vous n'êtes pas des nôtres, et cela peut même conduire à votre exclusion. Flegal, une chercheuse nord-américaine qui avait publié dans le JAMA une méta-analyse montrant les effets bénéfiques du surpoids sur l'espérance de vie (des recherches qui étaient méthodologiquement bien menées) s'est fait avilir de reproches et parfois d'insultes de la part de la communauté de santé publique. De la même manière, une équipe danoise (Olsen et Goetsche) a publié une étude montrant que la mammographie n'était pas associée à une baisse de la mortalité de toutes causes du fait d'une probable surmortalité liée aux traitements agressifs donnés pour combattre des tumeurs dont une partie serait restée indolente et qui n'aurait jamais progressé. Eux aussi ont été conspués. Donc, il y a des domaines sur lesquels il ne fait pas bon s'avancer, en santé publique.

AMF Pour conclure, selon vous, quels sont les enjeux de demain qui se poseront pour les internes de santé publique en tant que futurs professionnels ?

AF L'époque a tellement changé. Quand j'ai fait mon internat, il n'y avait ni téléphone portable ni internet. Je pense que ce qui est très important pour la génération d'internes actuelle, c'est de bien identifier leur spécificité en tant qu'internes de santé publique.

Les ISP sont de jeunes médecins qui ont choisi une voix qui n'est pas celle de l'argent, et il faut s'en rappeler.

Ils ont les racines dont j'ai parlé précédemment qui nourrissent la croissance de leur carrière et il est important pour eux de bien connaître leurs racines, leurs valeurs et de les faire fructifier, en tirant profit au maximum des meilleurs nutriments qu'elles apportent à l'arbre de leur discipline. L'autre chose qui me paraît essentielle dans leur formation, c'est une bonne maîtrise des nouvelles technologies. Entendons-nous, je n'ai pas de fascination particulière pour les technologies, je ne crois pas qu'elles vont résoudre tous les problèmes du monde, loin de là. Mais l'innovation technologique est souvent basée sur des méthodes et des compétences qui sont difficiles à comprendre, et à acquérir. C'est pour cette raison qu'il faut passer plus de temps dessus, le plus tôt possible car l'apprentissage est plus long et plus difficile que dans d'autres domaines. Donc avoir un bon bagage en biostatistiques, en épidémiologie, aujourd'hui en intelligence artificielle, en machine learning, en data science, tout cela me paraît très important pour un interne de santé publique. Tous n'auront pas vocation à devenir data scientist, épidémiologiste ou biostatisticien, il existe une multitude de sous-disciplines de la santé publique qui ne sont pas quantitatives ni technologiques, mais un investissement de départ suffisamment important sur les techniques quantitatives constitue un acquis qui sera toujours précieux aux futurs professionnels de santé publique.

Aline-Marie Florence

Rédactrice en chef
du bulletin du CNISP

INTERVIEW DE OLIVIER OBRECHT

Dr. Olivier Obrecht, Médecin de Santé Publique et Directeur général adjoint de l'ARS Centre-Val de Loire

Marie Ansoborlo Bonjour Dr. Obrecht, pourriez-vous nous décrire votre parcours ?

Olivier Obrecht Depuis que j'ai terminé mon internat à l'AP-HP (1989), mon parcours a été très varié, porté par une grande curiosité pour les situations dans lesquelles l'accès aux soins et plus généralement à la santé ne va pas de soi. C'est ainsi que j'ai travaillé comme PH à la réforme des soins en milieu pénitentiaire à partir de 1995, ce qui m'a conduit à être chef du service de médecine de l'hôpital francilien en charge des prisons de Fleury-Mérogis pendant 4 ans. Une véritable aventure humaine et professionnelle !

Après une expérience de cabinet ministériel, mes pas m'ont conduit à l'ANAES, puis à la HAS pour m'occuper de certification et de parcours des malades en ALD. C'est ensuite auprès du Contrôleur général des lieux de privation de liberté que j'ai travaillé, au moment où celui-ci s'est mis en place en France (2008) ; un rôle de vigie indispensable sur la façon dont les personnes privées de liberté se voient respectées dans leur droit fondamental à être soignées quel que soit le lieu : prison, centre de rétention administrative, commissariat, hôpital psychiatrique.... Ce qui m'a aussi conduit à représenter la France pendant 3 ans au Haut-commissariat aux Droits de l'Homme à Genève, au sein du Sous-comité de prévention de la torture, et à être membre du Comité national consultatif des Droits de l'homme (CNCDH) en France.

Enfin depuis 10 ans, je me consacre à la régulation du système de santé, d'abord au ministère au moment de la mise en place des ARS (2010) puis sur le terrain en ARS depuis 2016

MA Vous êtes actuellement Directeur Général Adjoint de l'ARS Centre-Val de Loire, il s'agit de la deuxième fois que vous occupez ce poste (précédemment ARS Bourgogne Franche-Comté).

Comment décririez-vous succinctement vos missions ?

OO Le rôle fondamental des ARS est d'être les intégrateurs au niveau des régions des politiques de santé au sens large, définies par l'Etat. Leur mission s'étend en théorie jusqu'au concept de santé dans toutes les politiques (HIA) de l'OMS, par l'animation de commissions régionales consultatives des politiques publiques qui rassemblent toutes les administrations et parties prenantes. Je ne vous apprends pas que dans la santé d'une population, une part minoritaire, estimée à 20 % environ, dépend du système de soins proprement dit. L'essentiel est le fruit d'autres politiques : de revenus, éducatives, environnementales, d'urbanisme,....



J'ai coutume de rappeler que l'on fait plus pour la santé des jeunes en éclairant les stades le soir qu'en leur distribuant des brochures sur l'intérêt de l'exercice physique !

Ma mission est bien celle-là : transmettre dans toutes les instances cette préoccupation à promouvoir la transversalité dans la politique de santé et la participation de chacun à cet objectif qui traverse tous les PRS (projets régionaux de santé) : réduire les inégalités d'accès au système de santé tant préventif que curatif. Une aide octroyée par une collectivité territoriale pour accompagner la mobilité des personnes isolées vers les maisons de santé par exemple, apporte autant à cet objectif que le fait d'avoir un professionnel de santé sur un territoire.

La volonté de territorialisation et de synergie accrue des politiques affichée aujourd'hui dans le discours public est en phase avec cette orientation portée depuis plus de 10 ans par les ARS.

MA **Compte-tenu de votre expérience, quelles sont les difficultés actuelles à la mise en place d'une politique de santé transversale au niveau régional ?**

OO « Le diable est dans la cloison » ai-je coutume de répéter. La principale difficulté aujourd'hui réside dans la multiplicité des acteurs et des financements, ayant chacun des logiques propres, des plans spécifiques, des échéances ad hoc et une gouvernance dédiée. La situation évolue lentement au moyen d'outils de contractualisation, souvent un peu lourds, qui permettent aux acteurs de mettre en commun les diagnostics et les actions : les contrats locaux de santé (CLS) au niveau des communautés de communes ou les plans régionaux santé environnement (PRSE) constituent des exemples de recherche de synergie entre les acteurs.

Une autre difficulté tient à la place insuffisante et peu structurée des usagers dans la réflexion et la gouvernance du système, avec une exception peut-être pour le champ de la santé mentale. L'essentiel des débats et des choix résulte de fait de rapports entre institutionnels et techniciens, avec assez peu d'échanges contradictoires avec les bénéficiaires de ces choix.

L'autre grande difficulté tient à la décentralisation de certaines politiques (PMI et dépendance en particulier), sous la responsabilité des exécutifs

départementaux, et qui a généré depuis plus de 30 ans de profondes iniquités territoriales, au gré des priorités politiques locales. Plusieurs rapports officiels ou même parlementaires ont pointé ces disparités entre départements et régions, mais on touche là à un tabou du débat public. A titre personnel, je plaide clairement pour une reconcentration de ces deux champs de la santé publique.

MA **Quelle est votre vision des chantiers que l'ARS est en capacité de mener ou non ? Par exemple, quels sont les principaux freins à la mise en œuvre de l'idée à l'action dans les questions de restructuration des hôpitaux (dans les GHT) ? De la recomposition des établissements de périnatalité ?**

OO Vaste question sur laquelle certains ont écrit des livres ! De façon un peu schématique, le principal frein tient à l'absence de vision prospective partagée sur l'évolution du système, et c'est d'autant plus vrai que l'on se rapproche du terrain. Les logiques d'acteurs sont prévalentes, au détriment de l'intérêt général.

Deux exemples : les GHT supposent un projet médical partagé entre les établissements. Ce dernier doit organiser des filières de prise en charge au niveau des territoires. Elles peuvent nécessiter des réorganisations avec créations de fédérations médicales inter hospitalières : beaucoup d'établissements de proximité refusent de s'y engager par peur de perdre leurs plateaux techniques, quand bien même ils n'auront très vite plus les moyens de recruter des professionnels pour les animer. Le mode de tarification à l'activité (T2A) est un autre frein à la mutualisation des activités, tant que les budgets des GHT ne sont pas unifiés à l'échelle des GHT.

Second exemple, toujours très sensible, celui des maternités. Les petites maternités sont peu attractives pour les professionnels, à risque pour les mères et source de perte de compétence pour les équipes. Leur avenir inéluctable est à l'abandon des activités d'accouchement au profit d'un suivi renforcé des femmes par des équipes territoriales dans le cadre de centres périnataux de proximité. Les femmes anticipent souvent d'ailleurs : lorsqu'une maternité ferme, depuis longtemps une majorité des femmes de la ville, les mieux informées, accouchent déjà ailleurs.... Mais pour autant, dans les trois exemples que j'ai vus dans mon exercice, aucun ne s'est passé sereinement ; bien au contraire, ce fut à chaque fois au terme de combats d'arrière-garde menés en particulier par les élus que les décisions ont fini par s'imposer. L'idée d'associer les élus locaux plus clairement en amont des décisions est ainsi une orientation à soutenir selon moi.

MA Quelles sont selon vous les évolutions de ces dernières années qui vous semblent les plus positives en matière de politique de santé ? Quels sont les chantiers récents que l'on peut qualifier de réussite ?

00 Toutes les évolutions qui concourent à mettre de la transversalité dans les politiques de santé sont positives : parcours de santé pour les malades chroniques, GHT pour les établissements de santé, DAC (dispositifs d'appui à la coordination) en médecine de ville, exercices regroupés et coordonnés (MSP, centres de santé, CPTS), tarification au forfait ou à l'épisode de soin et non plus à l'acte.... Toutes vont dans le sens du découplage et de la possibilité de raisonner par équipes de soins ou de prise en charge et non plus en silo de professionnels. C'est une évolution majeure de notre système de santé qui est à l'œuvre depuis plus de 10 ans et qui prendra encore du temps vraisemblablement, tant les résistances sont grandes chez certains.

Une autre évolution majeure se dessine : l'évaluation de la pertinence des soins. C'est une boîte de Pandore que personne ne se précipite à ouvrir, tant la crainte est grande d'en voir jaillir les actes inutiles, les parcours incohérents et non conformes aux recommandations, des logiques de revenus, voire des gaspillages francs (imagerie, biologie...). C'est le prochain défi de l'efficience, qui sera sans doute facilité par les progrès du numérique en santé.

MA Pouvez-vous nous partager votre expérience lorsque vous travailliez en Polynésie Française où vous étiez Conseiller pour la Ministre au sein du Ministère de la Santé ?

00 J'ai eu la chance en effet d'être détaché pendant deux ans auprès du gouvernement polynésien, pour conduire les travaux d'actualisation du schéma territorial de l'organisation des soins de l'archipel qui datait de presque 15 ans. Une expérience passionnante dans un contexte évidemment très différent, dans lequel la prévention tient une place majeure, avec des centres de santé de proximité dans toutes les îles habitées, nécessité qui tient aussi aux moyens financiers limités sur le volet curatif et à l'éloignement des ressources spécialisées : un seul hôpital MCO à Papeete pour toute la Polynésie.

Et les résultats sont là : l'indice CAO par exemple de la santé dentaire est l'un des meilleurs au monde, bien meilleur qu'en métropole, par l'action continue tout au long de l'enfance et dans les écoles de la prévention bucco-dentaire réalisée par des assistantes dentaires et des visites régulières de dentistes. La prévention, ça marche si on l'organise de façon claire et c'est beaucoup moins coûteux que le soin. Cela étant, d'autres facteurs sont plus

compliqués et le surpoids est un fléau local récent, qui tient aux habitudes alimentaires plus « américaines », hélas pratiquées par une population qui a adopté depuis 50 ans un mode de vie occidental, très éloigné de ses racines culturelles.

Le hasard fait que j'ai aussi été le directeur de crise de la cellule interministérielle locale, en lien avec le Haut-commissaire de la République, pendant l'épidémie de chikungunya survenue d'octobre 2014 à mars 2015 qui a touché plus de la moitié de la population polynésienne. Là encore une période dense mais aussi une aventure professionnelle riche d'enseignements que la situation actuelle n'est pas sans me rappeler....

MA Vous êtes également un ancien interne de Santé Publique, investi pour l'organisation du premier séminaire national. Pourriez-vous nous parler un peu de l'Association des Internes de Santé Publique telle que vous l'avez connue à ses débuts ?

00 C'était un groupe d'amis convaincus que la santé publique était un nouveau champ de la santé, mais sans véritables repères au départ. Appartenant à la première promotion, nous n'avions que peu de visibilité sur les débouchés qui pourraient être les nôtres, hormis les carrières passant par l'EHESP (ENSP à l'époque), la voie des biostatistiques ou pour certains la tentation humanitaire. Nous avons eu la chance d'être soutenus par le DGS de l'époque, convaincu qu'il fallait structurer en France une filière de santé publique à l'image des grandes universités étrangères de santé publique, essentiellement anglo-saxonnes, telles que la Harvard Medical School à Boston ou Mc Gill à Montréal.

Notre première préoccupation a été de montrer que nous existions et qu'une nouvelle spécialité de l'internat avec une formation spécialisée longue de 4 ans pourrait former des professionnels avec une approche nouvelle, au-delà de la santé publique traditionnelle qui était celle de nos maîtres de l'époque issus de la pédiatrie, de la psychiatrie, de la pneumologie et de la gériatrie, ainsi que des statistiques, spécialités qui ont toutes en effet un volet de santé publique potentiellement conséquent.

MA Un message que vous souhaiteriez adresser aux internes de Santé Publique ?

00 Soyez curieux ! Profitez de votre internat pour explorer des univers autres que l'hôpital. Saisissez la chance de faire des semestres extra-hospitaliers pour lesquels les « anciens » dans mon genre ont dû se battre.

La santé publique est une affaire pluridisciplinaire : n'oubliez pas que dans Health in All Politics, il y a surtout All Politics.

INTERVIEW DE NICOLAS LECHOPIER

Nicolas Lechopier, Maître de conférence en philosophie épistémologie éthique à la faculté de Médecine Lyon Est, Membre du Collège des Humanités Médicales

Aline-Marie Florence Bonjour Nicolas Lechopier, pouvez-vous nous raconter votre parcours ?

Nicolas Lechopier Avant d'atterrir dans une faculté de médecine, je me suis formé en philosophie de la biologie et en éthique de la recherche. J'ai travaillé sous la direction de Anne Fagot-Largeault, qui était à la fois psychiatre et philosophe. Professeure au Collège de France, elle avait un parcours qui n'était pas traditionnel. Inclassable, sans pour autant planer dans les hautes sphères, cela me correspondait assez bien. Avec elle, il s'agissait d'être à la fois curieux mais rigoureux, de s'imprégner de la façon de faire des mondes auxquels on s'intéressait, mais aussi de décaler le regard, de faire un pas de côté. J'ai aussi beaucoup voyagé pour des projets de recherche, en Amérique latine notamment. Et puis à Lyon et à Saint-Etienne, j'ai rencontré des gens qui portaient des projets de santé différents, et j'essaie aujourd'hui d'y contribuer comme je peux.

AMF Vous avez notamment travaillé sur la formation des étudiants en médecine, mettant en avant l'apport des sciences humaines et sociales lors du cursus. Quels sont les constats qui vous ont conduits à cette question ?

NL Dans nos cours, nous abordons le pouvoir médical, les déterminants sociaux, les discriminations, les incertitudes, les controverses, la question des limites de la médecine et de ses moyens, etc. C'est comme l'histoire du parachute, il n'y a pas besoin d'essayer de l'enlever pour faire la preuve que c'est utile. Cela dit, j'ai rencontré en faculté de médecine des étudiants et des étudiantes qui tantôt étaient plus que réticents (« c'est du blabla », « Les SHS* c'est ce qu'on fait quand on n'a rien d'autre de plus important à faire »), tantôt avaient envers ces cours des attentes démesurées (« c'est ce qui va nous sauver »). Je crois qu'il ne faut pas s'attendre des SHS qu'elles compensent le délaissement et



le défaut d'accompagnement des étudiants et des étudiantes (notamment les externes). Les SHS sont là plutôt pour appuyer là où ça fait mal pour passer de la pommade.

AMF Vous travaillez également sur la (nouvelle) place à donner aux patients dans la formation en médecine pour leur partage expérientiel notamment. En quoi cet éclairage est-il nécessaire aux étudiants en médecine et que peut-il leur apporter ?

NL La démarche de faire venir des patient-e-s pour former les futurs médecins est pédagogique. Mais elle est aussi politique : un jour, une collègue – d'ailleurs professeure en santé publique – m'a

dit que, pour elle, je représentais les patient-e-s, tandis qu'elle représentait les médecins. Cela m'a fait un choc. Déjà, je n'avais jamais été mandaté par aucun patient-e, aucune association, pour exercer cette fonction de représentation. Et puis c'était réducteur pour les SHS qui n'adoptent pas nécessairement le point de vue des malades. Et enfin, ça m'a conduit à voir jusqu'à quel point les facultés de médecine sont centrées sur leur rôle de reproduction d'une profession, plutôt que d'élargissement des perspectives. Les facultés m'apparaissent un peu comme des citadelles. Si l'industrie du médicament, les banques, les assureurs y ont souvent une place de choix (notamment dans le hall d'entrée, ou dans les conseils d'administration), la société civile n'a généralement pas droit d'être citée.

Il y a une petite dizaine d'années, des rencontres ont été organisées avec des associations, qui sont devenues des collaborations, et de proche en proche, nous nous sommes mis à faire une place de plus en plus grande aux usagers, et on s'est aperçu de l'énorme richesse de leurs apports, pour les étudiant-e-s,

pour l'institution, et pour nous aussi. Il y a de nombreuses limitations, notamment institutionnelles et administratives. Mais les formations par les patient-e-s donnent un ancrage réaliste à ce qui se passe à la faculté (on y accède à la « vraie vie »). Ces formations aident les étudiant-e-s à questionner les implicites de la formation médicale, ce qu'on appelle le curriculum caché. Et puis, même si on va parler d'une pathologie en particulier, toutes les interventions de patient-e-s sont de fait transdisciplinaires, transversales.

AMF Quelle serait votre définition de la « transversalité » ?

NL J'ai grandi en Touraine, à la campagne. Pas loin de la maison, près d'une voie ferrée, il y avait de grands silos contenant du blé et sûrement d'autres produits agricoles. Les silos sont faits pour que leurs contenus se conservent et ne se mélangent pas avec d'autres. La transversalité, c'est l'opposé

de ce fonctionnement en silo. Une approche transversale permet d'hybrider et de mélanger, elle n'est pas chimiquement pure. La transversalité, c'est bien adapté pour la santé publique. La santé publique, c'est toujours impur. Par contre, dans différentes sciences, en méthodologie de la recherche en santé publique, « transversal » s'oppose à « longitudinal ». Une analyse transversale donne une image des différentes composantes d'un phénomène à un moment donné. Une approche longitudinale donne accès au devenir, à la durée. Dans une société de l'accélération (pour reprendre le concept du philosophe Hartmut Rosa), il me semble important de garder une vision de longue durée.

AMF Pour vous, quelles sont les freins à l'application de ce concept dans le champ de la Santé Publique ?

NL La charte d'Ottawa défend l'idée qu'il faut mettre la santé dans toutes les politiques. C'est probablement la meilleure façon de faire de la santé publique, en mettant à l'agenda de tous les secteurs la lutte contre les inégalités sociales de santé et la promotion de la santé. Si ça n'a pas lieu, c'est à cause de facteurs politiques, organisationnels et politiques. Je pense que l'enseignement a sa part de responsabilité aussi. Comment forme-t-on les professionnel-le-s de santé publique ? Comment leur apprend-on à collaborer, à prendre des chemins de traverse ?

AMF Compte-tenu de votre expérience en philosophie éthique, quels sont selon vous les points sur lesquels les professionnels de santé publique devraient cultiver un questionnement (et une remise en question) de leurs pratiques ?

NL Il faut faire attention aux effets de cadrage : comment un problème de santé publique est-il défini ? L'obésité est-ce un problème de comportement alimentaire, un problème de production agro industrielle, ou une question d'aménagement du cadre de vie ? Selon la façon dont un problème de santé publique est cadré, les interventions proposées seront très différentes, et manqueront ou non l'objectif partagé. En santé publique, on insiste quand même beaucoup sur les bons et mauvais comportements, dont les individus peuvent être tenus pour responsables. On fait souvent référence, avec une certaine admiration, à Jonathan Mann qui coordonnait dans les années 1980 la lutte mondiale contre le sida. Son action a montré qu'un plaidoyer efficace en faveur des droits humains est bien plus efficace qu'une campagne ciblant les comportements individuels.

AMF Quels défauts et qualités trouvez-vous à la place de l'éthique dans la recherche en santé publique aujourd'hui en France ? Comment ce regard particulier pourrait-il être mis en place et appliqué concrètement ? vers quoi devrait-il tendre ?

NL Mon impression est qu'il y a peu de place au questionnement éthique en santé publique.

Le registre dominant de l'éthique biomédicale « individualiste » est largement inopérant pour réfléchir aux enjeux soulevés par les déterminants sociaux de la santé, ou même par les campagnes préventives comme pour le dépistage et la vaccination.

Lorsque les problèmes de santé sont posés à l'échelle populationnelle plutôt qu'individuelle, il faut d'autres concepts, d'autres outils intellectuels. L'épidémie de COVID-19 sera probablement un tournant en stimulant de nombreuses publications dans ce domaine.

AMF Que pensez-vous de la médicalisation croissante de la société ?

NL Je suis très ambivalent sur cette question. Les inégalités de santé sont ce qui me semble le plus injuste. Je trouve donc justifié que la santé soit mise au-dessus du reste, soit ce qui puisse nous conduire à nous mobiliser et à prendre des décisions courageuses. Fassin appelle « biolégitimité » le fait de mettre la préservation de la vie comme une source de légitimité. Mais si promouvoir la santé revient à nier que nous allons mourir et que nous sommes vulnérables, alors cela devient absurde. Karl Cederström a écrit il y a quelques années un ouvrage intitulé "Le culte du bien-être", dans lequel il met en lumière les impensés de cette culture de la bonne santé, qui renvoie à un style de vie et des valeurs qui sont loin d'être universelles, et qui peuvent finir paradoxalement par nous éloigner de la « vie bonne ».

AMF Un message à délivrer et des conseils de lectures pour les internes ?

NL Lisez " Faire de la santé publique " de Didier Fassin. L'ouvrage coûte 5 euros. Demandez-le à votre librairie de quartier. Lisez aussi l'ouvrage "Pandémopolitiques", de Jean-Paul Gaudillière, Caroline Izambert et Pierre-André Juven. C'est, à mon sens, l'analyse la plus intéressante à ce jour de la pandémie que nous traversons.

¹ Relever le défi d'introduire aux sciences humaines et sociales en première année commune des études de santé. : Mise en perspective de quelques pratiques pédagogiques. Pédagogie médicale, EDP sciences, 2015. Health professionals prepared for the future. Why Social Sciences and Humanities teaching in Medical Faculties matter. MedEdPublish, AMEE (Association for Medical Education in Europe), 2018.

Ex-président et membre du bureau du Collège des Humanités Médicales

² Nicolas Lechopier. Les « patients partenaires » : une manière de se réappropriar la médecine ?. Revue Silence, 2020, Le soin, c'est communautaire !

Nicolas Lechopier. Participation des patients à la formation médicale. Rhizome , Orspere-Samdarra 2015, La participation des usagers en santé mentale

*SHS= Sciences Humaines et Sociales

INTERVIEW DE CATHERINE AUMOND

Catherine Aumond, Vice-Présidente de AIDES et Présidente de AIDES Région Centre-Val de Loire

Aline-Marie Florence Bonjour Catherine Aumond, vous êtes Vice-Présidente de AIDES (Association de lutte contre le VIH et les hépatites virales), et Présidente de AIDES Région Centre-Val de Loire. Pouvez-vous nous raconter votre parcours à la fois professionnel et associatif ?

Catherine Aumond Je suis sage-femme et je travaille en PMI depuis 1991 auprès des femmes enceintes nécessitant un accompagnement qu'il soit médical ou psychosocial. J'ai rencontré lors d'une de ses grossesses une femme séropositive contaminée par son mari après une incarcération et qui m'a raconté les discriminations qu'elle vivait de la part de son entourage et des soignants qui la jugeaient irresponsable d'avoir des enfants, ce qui m'a amené à m'engager pour cette cause. En parallèle de mon activité professionnelle, je militais dans une association d'information à la sexualité et nous avons cheminé pour créer l'AIDES en Eure-et-Loir en 1995.

Les objectifs de AIDES, ses actions menées et ses valeurs, m'ont conduit à continuer mon engagement et y prendre des responsabilités. J'y ai aussi rencontré des personnes singulières et partagé des moments de vie et des émotions marquantes.

AMF Quelles sont les missions principales de l'association et quels sont les grands chantiers nationaux en cours aujourd'hui ? Comment se déclinent-ils de façon pratique ?

CA L'objectif premier de AIDES, c'est la disparition des épidémies de VIH et de l'hépatite C, ce qui nécessite d'agir à la fois sur le dépistage, la réduction des risques, l'accès aux soins, aux traitements et le maintien dans les soins, notamment pour les populations les plus vulnérables à ces virus : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), migrants subsahariens, travailleurs et travailleuses du sexe, consommateurs de produits psychoactifs, public en milieu carcéral.



AIDES est engagé dans tous ces chantiers dans la métropole et les DOM-TOM. Cela se traduit par des actions de dépistage VIH/VHC en allant vers ces populations cibles et en les accompagnant dans l'accès aux droits et aux soins.

Depuis sa création, AIDES est sous-tendu par quatre principes d'action qui fondent sa particularité. En premier lieu la Santé Globale. Deuxièmement, les principes d'Empowerment, d'autonomie et du « pouvoir agir » pour les personnes concernées, plus particulièrement les personnes exposées ou vivants avec ces virus. Troisièmement, la démarche en santé communautaire qui vise à associer les personnes concernées à toutes les étapes des actions (de leur conception à leur évaluation). Cela nécessite de faire avec et non pour les personnes. C'est un mode opératoire qui reste peu répandu en France. Alors que l'implication collective peut compléter l'expérience individuelle. Par exemple, la démarche en santé communautaire se complète avec la notion de patient expert qui se développe en ce moment. Le patient expert se représente en quelque sorte lui-même, il s'agit de son expérience individuelle, par contraste, la démarche communautaire consiste à rechercher des solutions ensemble. Quatrièmement, la transformation sociale :

AIDES identifie des besoins non couverts pour le public concerné, construit des réponses, les expérimente par la recherche sur le terrain et tente de faire évoluer les lois ou la société pour pérenniser leur mise en œuvre.

Pour citer quelques exemples, on peut penser à la lutte contre les discriminations et celle pour les droits humains, les évolutions autour de la transparence des prix des médicaments, la démocratie en santé ou encore l'égalité des droits. Le dépistage associatif est également un bon exemple. Dans les années 2000, nous avons le retour d'expérience d'HSH fréquentant AIDES, qui rapportaient combien il était pénible pour eux de se faire dépister dans les CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit, ex-CeGGID) où ils se sentaient jugés quant à leurs pratiques et cela occasionnait un gros frein au dépistage. On s'est demandé ce que l'on pouvait faire, et puis l'idée a germé : si le dépistage était réalisé dans la communauté, cela serait sans doute plus simple. À l'époque, les outils TROD (Test Rapide d'Orientation et de Diagnostic) commençaient tout juste à exister. Un projet de recherche, ComTest, a été mis en place afin de montrer que les milieux associatifs étaient en mesure de mener ces dépistages, sans danger pour les personnes ou les militants, notamment concernant le point de l'annonce potentielle de résultat positif. Et cela a fait émerger un résultat inattendu : le taux de découverte de positivité s'est révélé extrêmement fort, 3 à 4%. Le public qui venait se faire dépister incluait notamment des HSH avec des prises de risque multiples. Fort de tout cela, nous avons entrepris des démarches auprès de la Ministre de la Santé de l'époque qui ont conduit à la promulgation d'un nouveau décret autorisant le dépistage associatif en 2010. C'est une victoire, même s'il faut encore aujourd'hui un nouveau décret à chaque nouveau TROD disponible. Et tout cela illustre concrètement les principes que j'énonçais précédemment : l'autonomie, la démarche communautaire en santé, et la transformation sociale.

AMF Vous avez intégré l'association en 1995 en tant que bénévole, avez-vous constaté une évolution des représentations ou de la société plus généralement autour de la question du VIH et des minorités sexuelles ? Et dans quel sens ?

CA Il y a eu des évolutions mais il reste encore beaucoup de discriminations qui s'affichent plus ou moins et à plusieurs niveaux : dans l'acceptation

des différences, l'égalité des droits... On les rencontre particulièrement dans les populations LGBT, personnes trans, les consommateurs de produits psychoactifs, les migrants, le public carcéral. Ces discriminations sont le lit des nouvelles contaminations.

La lutte contre la sérophobie reste extrêmement prégnante, avec par exemple l'accès à la magistrature : auparavant, on ne pouvait pas être magistrat si on était séropositif et les textes de lois n'ont évolué que très récemment après la saisine de AIDES. De même pour l'accès aux soins funéraires pour les personnes séropositives qui était refusé par un ancien décret en place depuis le début de l'épidémie. En outre, tout ce qui reste concerne l'accès au travail, aux assurances, aux emprunts bancaires, qui restent difficiles pour les personnes séropositives.

Les autres discriminations sont peut-être plus indirectes, comme l'homophobie. Dans les années 80, être HSH était encore une maladie mentale et bien que les mentalités aient évolué, qu'il y ait eu des évolutions sur le PACS et le mariage pour tous, il persiste toutefois des agressions homophobes qui me semblent d'ailleurs en recrudescence. L'objet de AIDES n'est pas la lutte contre l'homophobie, mais on sait que cela va conduire les personnes à se cacher et freinera l'accès à la prévention, donc on contribue activement à cette lutte. On sait aussi que les gens auront plus de mal à porter plainte dans le cas d'agressions homophobes.

Concernant la population migrante, les lois de restrictions sur le droit au séjour font partie des discriminations, qui contribuent également au contexte de ces personnes. Une étude a montré par exemple que la moitié des étrangers d'origine subsaharienne vivant en France avec le VIH avait été contaminés dans les années qui suivaient leur arrivée en France, et non dans le pays d'origine, en lien avec un parcours de grande précarité. Je ne parle pas non plus du parcours administratif pour obtenir des papiers, une aide médical ou une carte de séjour où il existe souvent de nombreuses barrières dans les administrations.

Pour ce qui est des travailleurs et travailleuses du sexe, la nouvelle loi de pénalisation, répressive, a amplifié les phénomènes de violence et l'invisibilité de ces personnes et nous constatons une augmentation des contaminations.

Et concernant les consommateurs de produits psychoactifs, la loi de 70 en France qui pénalise la détention de drogue entretient le fait que les usagers soient considérés comme des délinquants, c'est quelque chose qui ne bouge pas. On est le pays d'Europe pour lequel la législation est si répressive sur la consommation de produits, qu'elle engendre des effets pervers puisque nous sommes aussi un des pays où la consommation est la plus importante.

AMF Quelles sont les principaux freins que vous pouvez rencontrer dans la mise en place de certaines actions ou programmes ? Comment se fait par exemple le liens avec les professionnels de santé du soin ou de la prévention ?

CA Comme je le disais toute à l'heure, il y a les freins dus aux orientations politiques en matière de drogues et d'émigration. Il y a également la nouvelle invisibilité de l'épidémie VIH et ce d'autant plus avec la Covid. Le VIH est devenu une maladie chronique, et dans la population en général, c'est une maladie dont on ne parle plus beaucoup. On assiste à un faible niveau de dépistage depuis 2020, à une diminution de la primo-prescription Prep également et l'on s'attend à des rebonds de l'épidémie dans les mois à venir.

On peut également citer le manque de moyens financiers. Bien qu'AIDES soit une grosse association, cela reste malgré tout compliqué. Pour citer un exemple, nous avons un projet pour la délivrance de kits d'auto-prélèvement pour le dépistage à domicile, et cela fait déjà deux ans que nous travaillons à cette demande de financement. En plus, ce qui est difficile avec les financements publics, comme ceux de l'ARS par exemple, nous sommes toujours dans l'incertitude de savoir si nous serons renouvelés ou pas. Et cela varie encore d'une région à l'autre avec des choses parfois très surprenantes. Nous fonctionnons pour moitié sur financement privé, et moitié sur financement public, mais cela reste assez précaire. Et le paysage bouge avec la Covid, on ne sait pas comment cela va évoluer dans les années à venir.

Il y a également des freins assez forts sur la démocratie sanitaire, qui étaient sous-jacents depuis quelques temps et qui se sont renforcés avec la crise sanitaire.

Par exemple, les instances de démocratie en santé comme la Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie, n'ont quasiment pas été interrogées pendant la crise. Cela a d'ailleurs fait partie des points abordés au Ségur de la Santé, et dont on reparlera au Ségur de la Santé Publique.

Enfin, pour ce qui est du lien avec les professionnels de santé, cela reste assez personne-dépendante, avec des professionnels qui ont compris l'intérêt de notre démarche et la plus-value que l'on peut amener dans nos collaborations mais ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, lorsque l'on travaille avec les médecins traitants, on obtient un suivi beaucoup plus global avec des patients qui sont plus autonomes dans la prise du traitement et cela fait gagner du temps. On l'a également montré avec le travail sur la Prep, avec les rendez-vous communautaires à l'initiation du traitement qui allègent le travail du médecin. Mais il y a beaucoup d'endroits (des CeGGID ou autres) où l'association n'est pas présente et qui ne nous adressent pas les patients en cas de découverte de séropositivité par exemple. Il existe sans doute une incompréhension sur ce que l'on peut apporter en plus du soin médical.

AMF Si vous aviez un message à délivrer aux internes de santé publique en tant que professionnels de santé mais aussi en tant que citoyen, quel serait-il ?

CA Je souhaiterais partager l'idée qu'associer les personnes concernées à l'identification d'un besoin commun et à la recherche de ses solutions est très efficace dans la durée. Il s'agit de mettre en œuvre la dimension de « l'intelligence collective » plutôt que celle du patient expert.

L'expérience développée dans le VIH par les patients et les soignants n'a pas été utilisée pour la Covid. Au-delà des messages, qui auraient pu être de prévention plutôt que d'injonction, on aurait pu par exemple élaborer collectivement les stratégies à déployer pour faciliter le « dépister, tracer, isoler » et le rendre plus efficace.

La réduction des risques pour être efficace à l'échelle individuelle nécessite une information fiable et compréhensible des personnes sur les modes de transmission et les modes de protection. Avec ces informations, la personne va pouvoir être accompagnée dans une dynamique de changement pour se protéger elle-même et les autres. Le mode injonctif, comme « mettez un masque », « respectez des distances de 1m » ont des conséquences étonnantes qui montrent parfois l'incompréhension des personnes pour ces gestes.

INTERVIEW DE JÉRÔME BROCCA

Jérôme Brocca, statisticien référent système d'information à l'ARS Centre-Val de Loire

Aline-Marie Florence Bonjour Jérôme Brocca, pouvez-vous nous présenter votre parcours et comment vous êtes venu à travailler sur les données de santé ?

Jérôme Brocca J'ai initialement une formation de statisticien : j'ai fait mes études à l'Institut de Statistique de l'Université de Paris 6 (à l'époque, la faculté Pierre et Marie Curie).

J'ai travaillé ensuite au Conseil Général du Val d'Oise. J'étais plutôt sur le versant compétences sociales, j'analysais des données médico-sociales, par exemple issues des PMI ou de l'Aide Sociale à l'Enfance. Je suis ensuite entré à l'Assurance Maladie en 1998 : d'abord à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hauts-de-Seine, puis au sein de la CNAM, et finalement à la Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie à Orléans.

J'ai ensuite rejoint l'ARS Centre-Val de Loire suite à leur création en 2010. En effet, une partie des effectifs de l'Assurance Maladie a intégré les ARS avec les compétences et les missions propres à chacun. C'était également le cas pour pouvoir exploiter les bases de données issues à la fois des remboursements de l'Assurance Maladie et celles se rapportant aux séjours hospitaliers comme le PMSI.

Cette orientation s'est faite assez naturellement pour moi, étant donné ma formation initiale de statisticien et mes fonctions au service médical, où en plus des données de remboursement, je travaillais déjà sur les bases du PMSI dans le cadre des contrôles de la TAA.

À l'origine, on travaillait en CPAM essentiellement sur les seules données de remboursement. À l'arrivée du SNIIR-AM (Système National d'information Inter-Régime Assurance Maladie), ouvert en 2003, « l'ancêtre » du SNDS (Système National des Données de Santé), tout en étant au service



médical j'ai contribué avec la CNAM à son déploiement et son appropriation par les organismes en étant notamment formateur et partie prenante dans la mise en place de certains univers.

À cette époque, le SNIIR-AM n'était d'ailleurs accessible qu'aux personnes travaillant pour l'Assurance Maladie. Puis d'autres organismes et équipes de chercheurs ont commencé à s'intéresser à ces données et à solliciter des accès.

Lorsque fin 2016, le SNDS a été créé, le décret des accès permanents a élargi le nombre d'organismes ayant accès et, ce faisant, le nombre d'utilisateurs qu'il fallait former. Compte tenu du besoin et ayant déjà fait partie des formateurs du SNIIR-AM, j'ai pu participer à son déploiement en devenant formateur pour le SNDS. Au final, je travaille sur les données de santé depuis plus de 20 ans.

J'ai actuellement la fonction de référent national pour l'ensemble des ARS sur la mission d'appui aux utilisateurs des données de santé, fonction que je partage avec Céline Leroy de l'ARS Normandie. Il s'agit d'une des missions des SI mutualisés des ARS au niveau du Ministère

Notre rôle consiste à venir en appui aux utilisateurs de données de santé dans les ARS.

Au départ, le périmètre restait majoritairement sur l'utilisation du SNDS et du PMSI. Notre mission s'est progressivement élargie, sur l'ensemble des données de santé. C'est ainsi qu'avec la crise, nous avons accompagné les ARS pour qu'elles puissent accéder et exploiter les données recueillies dans différentes bases (SIVIC, SIDEPA, Vaccin Covid...).

Nous animons le réseau des statisticiens des ARS avec la DREES et avons aussi un rôle d'interlocuteur et de représentation des ARS auprès des partenaires (comme Santé Publique France, la CNAM, l'ATIH, le CNSA...). Nous sommes également sollicités par des utilisateurs d'autres organismes et d'institutions travaillant dans la recherche.

On travaille également avec le Health Data Hub notamment sur la documentation collaborative et le partage de programmes. En effet, ce Groupement d'Intérêt Public (GIP) vise, pour des objectifs de recherche académique, à mettre en commun l'ensemble des données de santé disponibles au niveau national. Ainsi, une de ses missions consiste à faciliter et à mettre en cohérence les différentes bases de données existantes, comme, par exemple, le SNDS. Il recense l'ensemble des bases disponibles et les possibilités de les interconnecter.

Il permet notamment aux chercheurs et porteurs de projet d'accéder aux données du SNDS notamment pour la constitution du dossier, demande de rôle qui a été reprise de l'INSDS (Institut National des Données de Santé).

Mais son rôle est plus large: ainsi, il doit soutenir les projets innovants dans le domaine de la santé en mettant à disposition des utilisateurs une plateforme technique pour accéder à ces données dans des conditions sécurisées et mettre à disposition les outils d'intelligence artificielle pour les exploiter.

AMF Comment présenteriez-vous le SNDS ? De quand date son existence ? Avez-vous constaté un avant/ après sa mise en place ?

JB Son existence légale date de 2016, dans la continuité du SNIIR-AM. Le SNDS, le Système National des Données de Santé, est la base qui permet d'étudier les parcours de santé des individus à grande échelle. Il permet de suivre le patient dans son parcours de soins, en ville et à l'hôpital jusqu'au

décès, puisque les données du CépiDC sont désormais intégrées au sein du SNDS.

A première vue le SNDS peut apparaître comme une espèce de boîte noire notamment pour les médecins de santé publique : les bases sont certes complexes, difficiles à appréhender et à manipuler.

Mais on peut parfaitement s'affranchir de ce problème en faisant travailler des binômes statisticiens-médecins parce que ces bases sont très riches et qu'elles peuvent les aider dans leur travail. Il s'agit tout de même de l'une des plus grosses bases de données de santé du monde, c'est aussi l'une des plus adaptées pour étudier le parcours de soins des individus. En outre, le fait d'avoir des données pour l'ensemble de la population la rend extrêmement représentative et robuste dans les résultats et les constats qu'on peut en déduire.

Le SNDS suit une sorte de démocratisation des données de santé depuis quelques années. Il y a eu une prise de conscience sur la nécessité pour les acteurs de travailler ensemble, qu'ils viennent du milieu de la recherche ou des institutions.

La base du SNDS permet de travailler en équipe pluridisciplinaire.

Les statisticiens ne peuvent pas travailler seuls, ils ont besoin de l'expertise des médecins sur certaines questions.

Je ne crois pas à la polyvalence, au fait qu'un individu peut, à lui tout seul, répondre à toutes les questions ou problématiques. Je crois par contre à la mise en commun des compétences de chacun, qu'il faut travailler ensemble plutôt que tout seul dans son coin.

Je peux par exemple donner l'exemple de l'INED avec qui nous avons collaboré et qui amène un prisme et une vision différente de ces données. Ces collaborations permettent d'aller plus loin et de faire progresser tout le monde.

A l'avenir, d'autres types de données seront intégrés au SNDS. Les données médico-sociales issues du réseau des MDPH (Maison Des Personnes Handicapées), ou de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité et de l'Autonomie), étaient déjà prévues avec le chaînage.

La mise en œuvre de la loi d'Organisation et de Transformation du Système de Santé de juillet 2019 a entériné et élargi le périmètre des données du SNDS (on peut citer par exemple les données de la PMI ou celles de médecine du travail)

Actuellement, une des limites du SNDS, c'est qu'il permet d'avoir connaissance des actes effectués (consultation chez le médecin, hospitalisation, acte de radiologie en ville, réalisation d'un examen biologique de prise de glycémie...) au travers des remboursements, mais il ne contient pas de données cliniques, contrairement aux données du PMSI où on connaît la pathologie associée au séjour.

Ainsi, on a bien la connaissance de la réalisation d'un examen de glycémie ou d'un ECG mais nous n'avons pas le résultat de ces examens. Donc l'idée était aussi d'élargir le périmètre législatif du SNDS pour y intégrer des données cliniques et enrichir les analyses.

AMF Quelles sont les principales difficultés que vous pouvez rencontrer dans son utilisation ? Quelles sont ses limites éventuelles ?

JB Il ne faut pas se le cacher : ce n'est pas une base facile à appréhender. Elle nécessite un temps d'appropriation et un coût d'entrée qui n'est pas négligeable. Il y a des formations, de la documentation et des programmes à disposition des utilisateurs, des Comités utilisateurs ou des Meet Up organisés par la CNAM et le HDH. Mais, parce que les évolutions sont permanentes, l'investissement dans la veille continue est également indispensable.

On mutualise également la documentation. Auparavant, ce type d'information était uniquement réservé aux seuls utilisateurs du SNDS accédant au portail CNAM. Désormais, la documentation est accessible à tout à chacun sur internet. C'est également une facette des données de santé qui s'est développée avec l'open data.

Un des reproches souvent entendus est que les accès aux données du SNDS pour les projets de recherche sont parfois difficiles à obtenir. Par exemple, les CHU ont accès à un échantillon généraliste dans le cadre du décret de décembre 2016. Pour accéder à l'ensemble de la base, les équipes de recherche doivent rédiger un projet et le justifier en termes d'intérêt public. Même s'il y a une volonté d'ouvrir et de fluidifier la procédure de demande, notamment avec la création des méthodologies de référence, cela peut rester malgré tout compliqué.

Par la mise en place des méthodologies de référence et l'aide apportée à l'élaboration du dossier, le HDH joue un rôle d'interface et de facilitateur pour les équipes de recherche d'un point de vue juridique et technique. Les travaux de recensement des bases existantes et les appariements potentiels avec le SNDS historique sont également des avancées importantes dans cette démarche.

AMF Comment peut-on avoir accès et travailler sur ces données dans le cadre de la recherche ? Quelles types de compétences doit-on mobiliser pour cela ?

JB Pour le SNDS il y a une formation obligatoire, d'une journée au minimum, et après cela dépend des outils que l'on souhaite utiliser. Par exemple, si l'on souhaite faire une étude sur les parcours de santé, il faut compter une formation de 3 ou 4 jours. Ces formations sont obligatoires. Mais leur avantage c'est qu'elles sont un peu comme le permis de conduire : on les passe une fois et elles sont valables pour toute la vie. Elles sont aussi un gain de temps pour la suite du travail sur les données puisqu'elles permettent d'acquérir les principales notions avec des formateurs institutionnels qui sont avant tout des utilisateurs métiers.

Comme je le disais plus tôt, on ne peut pas tout savoir tout seul. Il est important de travailler en équipe pluridisciplinaire : statistiques, réglementaire, médical. On peut tracer des actes médicaux ou chirurgicaux, l'achat de certains médicaments au sein des parcours de soins des individus... mais sans la compétence médicale pour comprendre à quoi renvoi l'achat de ce type de médicament, ou la réalisation de tel examen, on est vite bloqué. Je dirais qu'il n'y a pas besoin de compétences particulières pour travailler sur le SNDS. On peut avoir des appétences en statistiques ou en programmation, mais ce qui est surtout important c'est d'être capable de travailler en équipe.

Pour ce qui est de la marche à suivre quant à l'accès aux données, cela dépend. Il y a deux cas de figures selon qu'on appartient à un organisme qui a un accès permanent ou pas.

Dans le premier cas de figure, il faut suivre la journée de formation sur l'architecture des données et le ou les modules spécifiques (sur l'EGB ou le DCIR). A l'issue de ce cursus l'Autorité d'Enregistrement (le Directeur de l'organisme) peut vous accorder les droits sur le SNDS.

Soit on est dans un organisme n'ayant pas d'accès permanent, soit on veut travailler sur les données du DCIR alors que le décret ne le permet pas comme pour les CHU, on rentre dans la procédure

d'accès sur projet. Il faut donc monter un dossier qu'on adresse au Health Data Hub. Le projet est évalué par le "Comité Éthique et Scientifique pour les Recherches, les Études et l'Évaluation dans le domaine de la Santé" (CESREES) et transmis à la CNIL. Une fois que le dossier a été accepté, si le projet est satisfaisant, on effectue également la formation spécifique avant d'accéder aux bases.

AMF Des évolutions prévues pour l'avenir ?

JB Les perspectives se font sur deux axes ; élargir le champ des données et faciliter et la mise à disposition des outils d'intelligence artificielle.

L'accès aux bases sur le portail de la CNAM se fait actuellement uniquement via le logiciel SAS. Là aussi c'est considéré comme un frein sachant que les outils les plus couramment utilisés sont maintenant R et Python et que ce sont sur ces logiciels que se développent le plus les outils d'IA.

**Cela fait également partie
des évolutions sur lesquelles
travaillent le Health Data Hub
et la CNAM pour permettre aux
utilisateurs d'utiliser ces outils.**

Il faut néanmoins garantir que les accès soient conformes aux référentiels de sécurité du SNDS puisque ce sont des outils Opensource.

INTERVIEW DE RAGNAR WEISSMANN

Ragnar Weissmann, Docteur en biologie spécialisé en microbiologie et toxicologie, Directeur scientifique association Objectif Santé Environnement - OSE

Simon Fortin Bonjour Ragnar Weissmann, pouvez-vous nous raconter votre parcours ?

Ragnar Weissmann J'ai un parcours atypique : né au Ghana, je suis allemand et j'ai grandi en Suède et en Finlande. Je suis ensuite parti en Angleterre pour mes études : un Bachelor en biologie (à Bristol) puis un Master à l'Université de Bath en microbiologie avec un travail porté sur les pesticides. Je suis ensuite retourné en Suède en 1996 pour passer ma thèse (à Uppsala) en microbiologie des plantes. Pour un projet européen et notamment en lien avec l'Italie, j'ai collaboré avec une entreprise en science appliquée pour travailler sur les bactéries et champignons afin de lutter contre les maladies des plantes. La Suède était déjà à la pointe sur la thématique du développement durable, sur le non-usage de pesticides dans les villes, sur la prise en compte de la qualité de l'air intérieur (lutte contre les moisissures, diminution des produits chimiques, etc). Arrivé en France en 2003-2004, il y avait une omerta sur la santé environnementale au niveau de la société, qui n'était pas retrouvée dans le monde scientifique.

Passionné par la santé environnementale, j'ai créé ma première association en 2004 pour traduire les données scientifiques en actions concrètes sur le terrain et engager le plus large public comme les collectivités territoriales, notamment sur la démarche « Zéro Phyto », puis sur des projets autour de la qualité de l'air.



Depuis 2017, je poursuis ma passion et mes activités en tant que Directeur Scientifique de l'association « Objectif Santé Environnement » mais également, depuis 2019, en tant qu'Expert Scientifique au sein de l'entreprise médico-scientifique pluridisciplinaire « Global Life Consulting », afin d'accompagner les acteurs de la périnatalité en santé environnementale, autour de la période des 1000 jours. Un important travail de transformation est à mener pour observer des changements comportementaux.

SF Auprès de quelles structures êtes-vous intervenus et quels étaient leurs objectifs ? Ces derniers ont-ils d'ailleurs évolué suite au diagnostic et aux apports que vous avez pu faire avec OSE ?

RW Nous sommes intervenus auprès de

nombreuses structures et pour des raisons différentes : un travail avec des écoles autour de l'outil « cartable sain » sur l'impact des fournitures scolaires sur la qualité de l'air. Nous sommes également intervenus auprès de collectivités territoriales, notamment le département de la Gironde que nous avons accompagné en 2006 pour la création de son Plan Santé Environnementale et plus particulièrement sur le « nettoyage sain ». Nous effectuons également des accompagnements de collectivités sur le volet de la réduction des pesticides, pour des expertises autour de la construction de « bâtiments sains ». Nous travaillons également dans le secteur de la santé avec des hôpitaux, des cliniques, des maternités pour une démarche « maternité saine », notamment en Nouvelle Aquitaine. Nous avons adapté de nombreux programmes, en particulier le « nettoyage sain » dans différents types de structures : restaurants, bailleurs sociaux. Nous réalisons également des actions de sensibilisation et formation, par des vidéos de sensibilisation, par des conférences auprès d'entreprises, d'universités, d'associations, que nous accompagnons ensuite dans leurs démarches, de la sensibilisation à la création d'un cahier des charges et aux achats à réaliser.

Globalement, il existe au départ un intérêt pour un sujet particulier du directeur ou du responsable puis il y a une découverte d'une problématique plus large, entraînant un effet boule de neige. Il est important de mettre un pied dans la structure et dans la problématique environnementale, puis ensuite les sujets s'ajoutent d'eux-mêmes. De plus, il y a un impact fédérateur pour les institutions dans la démarche de santé environnementale. En effet, il existe une recherche de sens dans les différentes professions. Un projet sain est fédérateur, cela dynamise et crée du bien-être au travail, par un objectif commun (même si ce n'est pas pour les mêmes raisons) de la direction au personnel. Il existe un grand besoin de communication et de vulgarisation. La moitié du travail c'est de l'accompagnement, et pas de la simple information, d'où l'intérêt de s'y former.

Vidéos de sensibilisation pour le grand public : <https://bit.ly/2JO4SVK>

SF Pouvez-vous nous présenter l'action du « Cartable sain », de son constat à la mise en place de mesures / recommandations particulières ?

RW Nous sommes simplement partis du constat au retour de nos enfants de l'école, avec leurs feutres pour tableaux blancs et colle qui sentent très fort et dont la composition chimique révélait de nombreux solvants toxiques aux effets très bien connus (neurotoxiques et parfois cancérigènes).

Cela nous a paru bizarre d'avoir ça dans la classe puis, nous avons découvert que les salles de classes étaient peu aérées, bien que de nombreuses activités à l'origine de polluants de l'air étaient réalisées (peinture, travaux manuels, ...). Nous nous sommes donc demandé comment l'expliquer et comment l'améliorer, de manière ludique et sans faire peur et nous est venu le projet « cartable sain ». Nous avons donc sensibilisé les professeurs / instituteurs et les enfants, en présentant les alternatives simples, en faisant comprendre les pictogrammes, en nommant parmi les élèves un « responsable aération hebdomadaire » de la salle de classe. Cela a été repris par le département et toutes les classes de la Gironde puis par l'ADEME (Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie) et cette mesure a été lauréate du comité de la COP21.

<https://www.gironde.fr/jeunesse/vie-au-college#cartable-sain>

<https://www.essentiel-sante-magazine.fr/sante/prevention/cartable-nuise-sante>

SF Vous avez également travaillé sur la qualité de l'air intérieur, problématique qui a marqué les temps de confinement au cours des derniers mois. Est-ce que cette période a permis une prise de conscience sur les besoins d'amélioration par aération, modification des produits de nettoyage ?

RW Au début de la crise sanitaire, nous avons eu peur de faire machine arrière, car nous avons reçu une forte demande pour l'utilisation systématique de désinfectants puissants, réduisant l'impact de nos interventions pour améliorer le nettoyage et le rendre plus sain. La menace virologique était prépondérante, et la santé globale était mise de côté. Nous avons donc accompagné des structures pour la mise en place de protocoles COVID temporaires. Cependant, nous savons mieux maintenant que la propagation du COVID-19 est plus une problématique aérienne que liée à un risque quant aux surfaces, ainsi la qualité de l'air a été mise en avant et il y a eu une prise de conscience très importante notamment pour l'aération des pièces. Cela commence à se faire ressentir positivement dans les demandes d'accompagnement.

SF Pour vous, quelles sont les freins à l'application de la transversalité dans le champ de la santé environnementale ?

RW Il existe je crois plusieurs freins : la complexité de la santé environnementale qui fait peur : par quel bout commencer ? On a tendance, en science, à isoler les problèmes sans prendre la globalité du sujet. Cela simplifie le sujet, l'esprit humain simplifie les problèmes et occulte l'ampleur des enjeux. Ainsi il y

a besoin d'accumuler de nombreuses compétences et expertises pour dessiner les contours de la discipline. La hiérarchie, la structuration figée, sont également un frein. En effet, la santé environnementale touche tout le monde et est par définition horizontale, elle bascule cette hiérarchie. On sait que la problématique environnementale est connue depuis plus de 50 ans par les toxicologues. Les médecins arrivent progressivement dessus car cela est aujourd'hui reconnu comme un problème de santé publique. On a besoin de toutes les compétences et nous devons travailler ensemble. Un autre exemple est celui du monde du bâtiment. Des personnes d'une même entreprise travaillent sur l'économie d'énergie, d'autres sur la santé environnementale, mais communiquent peu, amenant à la problématique de l'isolation des bâtiments : la meilleure isolation permet d'utiliser moins d'énergie mais peut avoir un impact négatif sur la santé humaine. Par ailleurs un frein économique existe, l'utilité financière d'améliorer l'environnement n'étant pas toujours perceptible aux yeux de décideurs, avec des bénéfices monétaires complexes à estimer.

SF Quels sont les profils retrouvés au sein de l'association Objectif Santé Environnement ?

RW C'est une association locale. J'en suis directeur scientifique en étant biologiste de formation. Il y a également un chimiste, une écotoxicologue, un toxicologue, un médecin (gynécologue de formation), un spécialiste en RSE (Responsabilité Sociétale des Entreprises). Nous avons aussi un réseau pluridisciplinaire afin de répondre à des demandes spécifiques. Nous travaillons par exemple avec ATC (Association Toxicologie Chimie) à Paris, avec un groupe d'experts en biodiversité et santé à Bordeaux, ainsi qu'avec une équipe pluridisciplinaire au niveau national pour accompagner les maternités de l'AP-HP et en Occitanie, dans une démarche globale de santé environnement appelée « OKOYA ». Cette association permet de faire des passerelles entre les différents acteurs : les demandeurs d'accompagnement dans une démarche de santé environnementale et les experts du domaine en question. Nous sommes soutenus notamment par l'ARS Nouvelle Aquitaine et l'ARS Occitanie, et nous répondons à des appels à projets.

SF Avec votre vision sur plusieurs pays européens, quels défauts et qualités trouvez-vous à la place de la santé environnementale aujourd'hui en France ?

RW Cela a énormément changé en l'espace d'une quinzaine d'années, et en bien. Nous sommes passés d'une absence totale au niveau de la société de prise en compte de ces problématiques à une position de moteur au niveau européen, en avance sur l'Allemagne ou la Suède. C'est particulièrement vrai sur certaines problématiques, comme les perturbateurs endocriniens, puisque nous nous sommes dotés d'une stratégie nationale, qui n'existe pas en Allemagne. Cela peut être dû à un besoin qui était plus important en France que dans d'autres pays. Il existe aussi une démarche de sensibilisation et de formation des acteurs des différents milieux (santé, bâtiment, agriculture, industrie) en France assez unique en Europe. La France va aujourd'hui assez loin dans ces démarches et est force de proposition au niveau européen. Il existe cependant de fortes disparités territoriales, certaines régions, villes ou départements étant en avance sur d'autres. Il y a toujours des besoins mais une évolution notable et des progrès ont été réalisés, de grands changements de mentalité ont été opérés, et toute la société est maintenant ouverte au sujet.

INTERVIEW DE KARINE GALLOPEL-MORVAN

Karine Gallopel-Morvan, Professeure des universités en Marketing Social à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), coordinatrice du livre « Marketing social, de la compréhension des publics au changement de comportement » aux Presses de l'EHESP, 2019

Aline-Marie Florence Bonjour Karine Gallopel-Morvan, pouvez-vous nous raconter succinctement votre parcours ?

Karine Gallopel-Morvan J'ai fait une thèse en marketing marchand en 1998, je travaillais sur la persuasion dans la publicité par l'utilisation de la musique. À la fin de ma thèse, même si j'étais satisfaite de ce thème sur le plan intellectuel, je n'étais pas vraiment à l'aise avec l'objectif du marketing commercial: influencer les gens à des fins consuméristes. J'ai à ce moment découvert toute la littérature en marketing social (MS) qui était à l'époque inconnue en France, littérature qui s'est beaucoup développée depuis et qui devient très à la mode.

Dans un premier temps, j'ai travaillé sur le tabac et sur les mécanismes de persuasion par la peur pour arrêter de fumer. Il y a eu deux conséquences à cela : la première, c'est que j'ai arrêté de fumer ! Et la deuxième : je suis devenue dépendante au marketing social, je travaille sur ce sujet depuis. En outre, j'avais débuté ma carrière d'enseignante dans une école de management publique, et, avec ces nouvelles motivations, je n'étais plus vraiment satisfaite des enseignements en marketing marchand. J'ai donc intégré l'EHESP en 2011 et j'ai été nommée Professeure des Universités en 2013.

Je suis également professeur honoraire à l'université de Stirling en Ecosse. Il s'agit du centre le plus important de marketing social en Europe. La rencontre avec Gerard Hastings (co-auteur du livre *Le Marketing Social*, ndr) a été déterminante. Nous avons commencé à travailler ensemble au début des années 2000 dans le cadre d'un projet européen, pour lequel je m'occupe de la partie française. Je collabore également avec des collègues du monde entier qui travaillent sur mes sujets de recherche, notamment en Nouvelle-Zélande, en Espagne, en Angleterre ou encore au Canada.



AMF Le concept de marketing social a émergé pour la première fois dans les années 70. Selon vous, à quel moment a-t-il commencé à être utilisé effectivement dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé en France et quels sont les éléments qui ont pu limiter sa diffusion/son déploiement ?

KGM En France, ce qui a vraiment propulsé le marketing social et le fait qu'il a été utilisé, c'est l'Agence Santé Publique France (SpF). Avant sa création, l'INPES utilisait le marketing social, mais discrètement. Dans le rapport de pré-configuration

de l'agence SpF en 2016, François Bourdillon (ex-Directeur de SpF), a proposé d'intégrer la démarche de MS au sein de SpF. La position adoptée par l'agence a donc largement contribué à la diffusion du concept.

L'utilisation la plus poussée du Marketing Social par SpF est le programme Mois Sans Tabac lancé en 2016 qui est devenu une campagne très connue au niveau national.

De mon côté et depuis que je suis à l'EHESP, j'ai également donné et été invitée à de nombreuses conférences sur ce thème. Cela a certainement (j'espère !) contribué à accroître la notoriété du MS auprès des acteurs de santé notamment. Aujourd'hui les acteurs en prévention s'interrogent beaucoup sur le MS; il suscite beaucoup de curiosité et une forme d'engouement. Ce n'était pas le cas auparavant. C'était au départ assez mal vu puisque c'est un concept provenant du secteur privé et du marchand. Mais je pense que les gens ne connaissaient pas très bien le MS et confondaient le MS avec la communication sociale.

AMF « Le marketing social critique est un axe du marketing social dont le but est d'analyser les pratiques commerciales des entreprises et d'évaluer leur impact sur les comportements des individus ».

KGM Oui, mes travaux de recherche portent en particulier sur le marketing social critique. Cela consiste à décortiquer le marketing et le lobbying utilisés par les industriels et à analyser la façon dont ces techniques incitent les gens à fumer, à boire, à consommer de la « malbouffe », et notamment les plus jeunes. On parle dans ces contextes d'« épidémies industrielles », car ces comportements évitables sont liés aux incitations commerciales des industriels (tabac, alcool, etc.).

AMF L'on sait que les divers lobbying industriels peuvent être particulièrement belliqueux lorsqu'il s'agit de travailler contre leurs intérêts marchands (ex : NutriScore). Est-il possible selon vous de construire des collaborations avec ces

industriels et si oui, de quelle manière ?

KGM Cela dépend beaucoup des industriels.

Pour ce qui est du NutriScore, des stratégies de lobbying fortes ont été déployées à l'encontre de ce logo. Les choses ont évolué depuis en France, où de plus en plus d'entreprises l'ont adopté. Dans ce contexte, une forme de collaboration est née autour de ce logo. Mais dans d'autres pays et au niveau européen, il y a encore de forts lobbys qui luttent contre l'apposition de tels dispositifs d'informations pour les consommateurs.

Concernant le tabac et l'alcool, ces deux produits sont spécifiques. Le tabac est dangereux dès la première cigarette, idem pour l'alcool pour lequel il n'existe pas de seuil de consommation sans risque pour la santé comme l'ont montré des recherches récentes. Cela me semble alors compliqué de travailler avec l'industrie du tabac et de l'alcool. Par ailleurs, lorsqu'on analyse leur marketing et leur stratégie de lobbying, on se rend assez vite compte que les pseudo efforts qu'ils mettent en avant dans leurs discours publics sur la prévention des plus jeunes (i.e. campagnes de prévention où ils disent aux jeunes qu'il ne faut pas boire ou fumer) sont en réalité une façade de communication.

En fait, leur discours officiel de responsabilité sociale des entreprises est complètement anéanti par ce qu'ils font en réalité : les politiques de lobbying, leur présence sur les réseaux sociaux pour influencer les jeunes et les pousser à l'achat de leurs produits.

Les entreprises du tabac et de l'alcool ont des pratiques extrêmement douteuses et peu éthiques, qui laissent penser que leur objectif affiché éthique et responsable n'est pas crédible. Je pense que leur objectif (augmenter leurs profits) est incompatible avec une réduction de la consommation de leurs produits et donc la prévention.

AMF Pouvez-vous nous expliquer en deux mots la différence entre le marketing social et le marketing sociétal ?

KGM Le marketing sociétal, c'est le marketing réalisé par des entreprises qui veulent améliorer leur image. Le marketing social n'a pas pour objectif de faire du profit. Son objectif est de faire changer le comportement pour améliorer la santé des individus et des populations. Le marketing social est donc utilisé par des ONG et des organismes publics dont le but n'est pas de générer du profit.

AMF **Serait-ce possible de décliner le concept de marketing social pour limiter la diffusion d'une pandémie telle que la Covid-19, compte-tenu de la particularité de cette situation engendrant la peur de l'autre chez certains individus et de l'absence « d'objet à marketer » ?**

KGM Oui bien sûr, les outils du MS sont transposables à beaucoup de sujets de santé. Beaucoup d'études se font en ce moment pour comprendre pourquoi les gens mettent en place ou non les gestes barrières, ce qui les stresse, ce qui leur fait peur, pourquoi ils ne se vaccinent pas. Avec les études de marché par questionnaires ou entretiens, on peut avoir des informations là-dessus.

L'autre intérêt du MS est de segmenter, on pourrait imaginer une segmentation en fonction des territoires par exemple, puisque nous n'avons pas la même répartition des cas de COVID selon les zones géographiques. On pourrait imaginer des campagnes de promotion des gestes barrière ou de la vaccination plus ou moins appuyées selon ces données de répartition. On pourrait également segmenter selon les profils des individus. En fonction de l'âge, par exemple, puisque les personnes plus âgées sont plus à risque, une campagne spécifique peut être construite pour eux. Idem pour les jeunes à qui il faut parler avec un ton et des supports spécifiques (cf la vidéo de McFly et Carlito sur les gestes barrières).

En outre, les modèles théoriques de changement de comportement du MS peuvent aussi être utiles pour aider à orienter les politiques publiques (selon le niveau de croyances de la population, de leur niveau de perception des risques, de se sentir capable ou non d'appliquer les gestes barrières, etc.).

AMF **Il est très difficile en France de faire des recherches sur des caractéristiques ethniques de la population en comparaison à d'autres pays. Quelles peuvent être les conséquences pour aborder certaines questions ?**

KGM Je n'ai pas travaillé directement sur ces questions, mais SpF par exemple qui déploie des campagnes à destinations de populations plus

spécifiques, travaille avec des associations qui sont en contact direct avec ces publics sur le terrain.

AMF **Un dernier message à adresser aux internes ?**

KGM Je travaille beaucoup avec les médecins, je les trouve très ouverts au MS. Je pense que c'est parce qu'ils perçoivent que cet outil est pragmatique et propose un cadre d'action très précis pour réfléchir à des changements de comportement.

Deux exemples de collaboration avec des médecins.

J'ai travaillé avec une association de prévention en Nouvelle Aquitaine (COREADD) présidée par un médecin, qui a mis en place un programme d'aide à l'arrêt auprès des fumeurs de la région. Nous avons mis en place ensemble des études qualitatives sur les fumeurs et fumeuses afin de cerner leurs perceptions des différentes aides proposées. Cela a aidé les médecins à mieux comprendre les freins et bénéfices perçus de leurs patients par rapport aux aides proposées.

Autre exemple. Je travaille avec un médecin addictologue du CHRU de Brest. Nous avons fait une étude sur des personnes alcooliques (en cure de sevrage) sur la façon dont ils sont influencés par le marketing de l'alcool. Cette étude a pour but d'aider ces patients, lorsqu'ils sortent du centre de sevrage, à mieux résister à l'envie de consommer face aux multiples affiches publicitaires de marques d'alcool dans la rue, aux promotions sur ces produits dans les hypermarchés, etc..

PROPOSITION DE LECTURE

Marketing Social – De la compréhension des publics au changement de comportement, 194 pages, Presse de l'EHESP

Véritable manuel de marketing social destiné à tout professionnel ou étudiant désirant se pencher sur les nouvelles stratégies de prévention en santé. L'ouvrage coordonné par Karine Gallopel-Morvan possède à la fois un aspect théorique et pratique qui permettra aux lecteurs et lectrices d'en acquérir les connaissances et outils notamment au travers des très nombreux exemples illustratifs qu'il contient.

Le livre se divise en trois grandes parties. La première partie intitulée « **Comprendre ses publics et son environnement** » balise les fondamentaux du marketing social. Elle débute par un panorama des différentes théories des changements de comportements qui permet au lecteur d'appréhender les modèles inspirant le marketing social en allant du modèle transthéorique, historiquement très usité, au modèle "COMB" plus actuel et plus intégratif, sans oublier quelques éléments sur le "nudging". Cette première partie se poursuit par un chapitre sur les études de marché, élément essentiel lorsque l'on travaille sur l'adoption d'un comportement par un public. Les études de marché permettent de collecter et analyser des informations sur le public cible : comportement, motivation, environnement afin d'adapter au mieux les stratégies retenues. Différentes méthodes sont décrites, telles que les recherches qualitatives avec des exemples de techniques projectives utiles, les avantages et inconvénients des entretiens individuels ou de groupes, ou



les recherches quantitatives, notamment par questionnaires. On y trouvera également quelques éléments d'information sur les méthodes non déclaratives. Cette partie se termine sur l'importance accordée à l'analyse de la concurrence notamment par l'étude critique du marketing marchand. Une fois l'étude de marché réalisée, la dernière étape de la préparation de la campagne est décryptée : il s'agit de segmenter et de cibler son public. La segmentation consiste à répartir la population visée par un programme en segments homogènes selon les croyances, besoins, attentes et comportements. Après l'énonciation des critères habituels de segmentation, sa méthodologie est décrite et illustrée par des exemples, comme un dispositif de promotion de l'activité physique élaboré

par Santé Publique France ou une campagne de sensibilisation de dépistage des cancers en Ecosse.

La deuxième partie « **Agir sur les publics : la boîte à outils du marketing social** » se divise ensuite en deux chapitres, l'un portant sur la planification et la mise en œuvre des 5C et l'autre sur la mise en place d'une campagne de communication. La planification s'ouvre sur le concept de plan marketing qui synthétise l'ensemble de la démarche stratégique à mettre en œuvre. Le premier point consiste à réaliser un diagnostic et l'on trouve à cette fin une description détaillée de la matrice SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) illustrée par l'exemple du Campus sans tabac mené par l'EHESP. Le diagnostic est suivi par la définition d'objectifs réalistes et mesurables dont les qualités sont explicités, avant de s'arrêter un moment sur le concept de marque et l'importance de lui accorder une place dans la réflexion. Deux exemples de campagnes américaines permettent d'en saisir les tenants et aboutissants. Le chapitre se termine par une description exhaustive des fameux « 5C » du marketing social (et qui le distingue du marketing marchand) :

« Proposer un Comportement et ce qui facilitera sa mise en place pour un Coût minimum pour le public avec une Capacité d'accès à ce comportement et une campagne de Communication pour le promouvoir », sans oublier de travailler avec des Collaborateurs.

La Communication, outil primordial du marketing social, est d'ailleurs à elle seule l'objet du chapitre suivant. On y trouvera notamment un exposé de la stratégie

publicitaire : problème à résoudre, objectifs, cible de communication, puis du contenu créatif de la communication, c'est-à-dire, le message informatif et éducatif ou le message émotionnel, assorti d'une revue d'autres approches créatives (humour, storytelling, communication engageante...) et d'un point sur la littératie en santé. Enfin, le chapitre se termine sur les médias et les supports de diffusion du message en présentant leur caractéristique avec une large partie sur l'analyse de la communication via Internet.

Enfin la dernière grande partie du livre passe en revue **l'ensemble de la démarche vue précédemment grâce à la mise en œuvre du Mois Sans Tabac** dans un premier chapitre, et développe dans un second chapitre **l'ensemble des outils d'évaluation d'une campagne de marketing social**. Au travers du Mois Sans Tabac, les différentes méthodes sont présentées tant pour l'évaluation des processus, telles que les post-tests, que pour l'évaluation de l'efficacité, d'impact ou de résultats selon différents indicateurs en fonction du comportement que l'on souhaite voir adopter (ici, tentative d'arrêt et statut tabagique par exemple).

Enfin, la conclusion du livre offre des éléments de réflexion éthiques relatifs à la démarche en marketing social qu'il convient d'analyser à chaque temps du processus, en interrogeant notamment la possible discrimination entraînée par la segmentation de la population, ou encore les effets des campagnes de marketing social n'ayant pas rencontré de succès.

Faisant moins de deux cent pages, didactique et complet, Marketing Social est un livre de qualité pour les étudiants ou professionnels qui souhaiteraient développer cette démarche en prévention et promotion de la santé.

Aline-Marie Florence

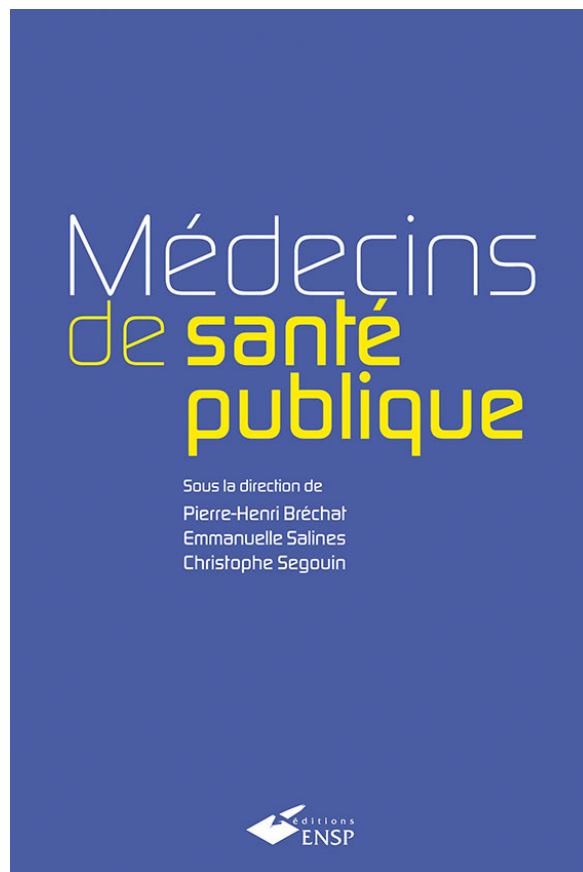
PROPOSITION DE LECTURE

Proposition de lecture d'un panorama des formations, spécialités, pratiques, lieux et modes d'exercice de médecins de santé publique.

Alors qu'en 2008, Didier Fassin, ancien titulaire de la chaire Santé publique au Collège de France, disait que « la santé publique ne relève pas de la prescription, mais de la description ; elle n'est pas seulement dans ce qu'on en dit, elle est aussi dans ce qu'on en fait. », nous serions bien en peine de décrire de manière exhaustive ce qu'on fait en santé publique, tant les champs d'application de cette discipline sont vastes et en changement.

Médecins de santé publique, aux presses de l'EHESP, retrace l'histoire de la santé publique et nous fait découvrir un panel extrêmement large de professions, de modes d'exercices, d'interventions, etc. qu'il est possible de faire en santé publique. De l'économie de la santé à la prévention, de l'éthique aux actions internationales ; les discours sont riches, personnels et révélateurs des valeurs et des relations qu'ils peuvent avoir avec les autres corps professionnels.

François Grémy, dans une tribune dans « Actualité et dossier en santé publique », décrivait la perte de cohérence des actions de santé publique avec un « morcellement, découpage, fragmentation, balkanisation, disjonction, division [...] des relations ou interactions à tous les niveaux ». Il rappelle l'intuition de Pascal, « qui tient impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties ».



On découvre dans cet ouvrage un ensemble précieux des « parties » qui sont dites de la santé publique. Pour les novices ou les plus avancés, cet ouvrage peut aussi bien servir d'outil de découverte et d'exploration de la santé publique que de base à la rédaction de certains cours (définitions bien réalisées et accompagnées d'exemples).

A noter : Un ouvrage complémentaire a été édité en 2020, « Manuel de santé publique », aux presses de l'EHESP. Il « dresse un large panorama des savoirs académiques et professionnels en santé publique, ainsi que des enjeux et défis à relever ». Pour une autre approche de la santé publique, rapprochez-vous de ce manuel.

Rémi Valter

INTERVIEW DU PR. PATRICE FRANCOIS

*Président du conseil national pédagogique du DES
PU-PH de l'Université de Grenoble Alpes*

La réforme du troisième cycle

Fabiana Cazzorla Bonjour Pr. François. Merci d'avoir accepté d'être interviewé. Tout d'abord, qu'est ce qui a motivé la réforme ?

Patrice François Bonjour, merci pour l'invitation.

Le motif de l'État et des administrations était essentiellement de maîtriser les flux dans les différentes spécialités. Le principal constat était que des internes de médecine générale fuyaient, par le canal des DES-C vers d'autres disciplines. Ces échappatoires à la médecine générale ont pu poser des problèmes de démographie médicale au niveau de l'offre de soins primaires. Accessoirement, cette idée de réguler les flux s'est étendue à toutes les spécialités.

Une autre motivation était d'intégrer une phase de mise en responsabilité qui rendrait moins nécessaire de réaliser un post-internat. En effet, beaucoup de spécialités ont des besoins de formation allant au-delà de quatre, cinq ans d'internat. Ce besoin a été partiellement satisfait par l'augmentation de la durée de l'internat pour certaines spécialités et l'introduction du statut de docteur junior. Mais tout le monde voulait préserver les possibilités de post-internat à l'hôpital car c'était à la fois une nécessité pour la formation et le fonctionnement des services.

Il y avait aussi la nécessité d'harmoniser des cursus de formation très hétérogènes entre les universités. Cela a conduit à élaborer des maquettes plus précises avec une formation théorique homogène sur l'ensemble d'une spécialité et des modules d'Enseignements Transversaux Universels à toutes les spécialités.

Il y avait enfin l'idée d'encadrer de plus près le cursus des internes en introduisant le tutorat et en découpant le cursus en phases (socle, approfondissement et consolidation) avec une validation à chaque étape et un suivi par un contrat de formation.

FC Diriez-vous que les objectifs de la réforme ont été atteints? Y a-t-il des choses à modifier? Des choses qui n'ont pas marché du tout?



PF Les maquettes des DES ont été élaborées et publiées. Le suivi des internes a été mis en place. Les formations théoriques sont installées sur la plateforme nationale SIDES-NG de l'UNESS avec un niveau de développement variable selon les DES. Pour le DES de santé publique, on peut estimer que 70% des connaissances prévues sont accessibles.

La rédaction du contrat de formation en fin de phase socle est l'occasion de discuter avec l'interne et de regarder quels sont ses projets d'avenir et ses orientations professionnelles, très diverses dans le domaine de la Santé Publique. Il est vrai que c'est un peu précoce dans le cursus, mais certains internes ont déjà une idée de ce qu'ils veulent faire, pour les autres c'est l'occasion d'y réfléchir.

FC Comment la réforme s'est adaptée au DES de Santé Publique ?

PF Avant la réforme, la maquette du DES était peu précise : il y avait juste l'obligation de faire

quatre stages dans des structures agréées en Santé Publique sans dire quelles devaient être les caractéristiques des stages. Pour la formation théorique, il était quasi obligatoire d'obtenir un master de santé publique. Aujourd'hui, on continue de conseiller aux internes d'avoir un master mais aucun ne couvre l'ensemble des domaines de connaissances de la santé publique. Le master peut être complété ou remplacé par les modules de formation de la plateforme nationale. On a découpé le champ de la santé publique en huit domaines déclinés en deux niveaux: un niveau de connaissances de base que doivent acquérir tous les internes de santé publique et un niveau de connaissances avancées à choisir par l'interne selon son projet professionnel.

Avant la réforme, les internes de Santé Publique pouvaient postuler pour des DES-C et échapper à la filière de médecin de Santé Publique. Aujourd'hui, la plupart de ces DES-C ont été transformés en DES. La possibilité de postuler pour des DES-C participait peut-être aussi à l'attractivité de la discipline, une attractivité que nous avons un peu perdue. Sans doute, la dynamique du système est changée, les FST et les options ont été instituées mais ne remplacent pas les DES-C. Un interne qui fait une FST reste titulaire de son DES d'origine sans pouvoir exercer une autre spécialité.

FC Qui étaient les acteurs pour le DES de Santé Publique ?

PF A l'époque, quand tout cela s'est mis en marche, j'étais président du CUESP (Collège Universitaire des Enseignants de Santé Publique) et j'ai constitué un groupe de travail avec nos collègues d'informatique et de statistique (CIMES, Collège d'Enseignants d'Informatique médicale, bioMathématiques, méthodes en Épidémiologie et Statistiques) et le bureau du CLISP. C'était Geneviève Chêne, qui est maintenant directrice de Santé publique France, qui représentait le CIMES.

On a, séance après séance, rédigé la maquette du DES de santé publique en discutant point par point de ce qui était important ou non. Ce travail a duré à peu près deux ans pour aboutir à la maquette actuelle.

FC Quel a été votre rôle en tant que coordinateur national ?

PF C'est moi qui tenais le stylo en quelque sorte. J'organisais les réunions qui avaient lieu à Paris, je notais tout et je proposais une rédaction, validée à la réunion suivante, chapitre par chapitre et on arrivait à un consensus. A la fin, le document qu'on

a transmis au ministère convenait aux internes et aux enseignants des deux sous-sections.

FC Pourquoi y'a-t-il eu la suppression du terme "médecine sociale" ?

PF Cela s'est fait tout seul. Le ministère nous a demandé de construire une maquette pour un DES de santé publique, il avait déjà enlevé le terme de médecine sociale. On en a discuté mais personne n'a souhaité revenir à l'ancien intitulé. L'intitulé Santé Publique est simple et inclut tous les domaines de la spécialité. Cependant, les internes font remonter actuellement un certain nombre de problèmes liés au manque de visibilité de la dimension médecine sociale dans la maquette de la spécialité et on se rend compte qu'il est nécessaire de réintroduire cette dimension.

Je ne crois pas que le ministère ait eu des intentions particulières à ce moment-là. Ils ont simplifié le terme. Et ça a eu les conséquences qu'on voit maintenant, mais je ne pense pas qu'elles étaient voulues.

En fait, les problèmes sont liés à l'interprétation de la maquette du DES par le Conseil de l'Ordre des médecins. L'Ordre a une lecture particulière, qui est due à son histoire, à l'âge des conseillers et à son implantation principale en médecine libérale. Cette lecture les amène à conclure que les médecins spécialistes en santé publique n'ont pas le droit de prescrire. Lors de la rédaction, nous avons anticipé le problème en ajoutant ici et là une dimension individuelle de la prévention, "participe à la prévention tant au plan collectif qu'individuel", pour dire "si je fais de la prévention à un individu, je prescris". On a toujours eu des collègues qui avaient des activités les amenant à consulter des gens et à prendre des décisions individuelles, donc des prescriptions. La médecine de santé publique se déploie dans des domaines très différents. Entre le médecin, chercheur épidémiologiste dans une unité INSERM, qui ne fait que des études et celui qui dirige un centre de santé universitaire, il y a une très grande distance. L'un n'aura jamais l'occasion dans son exercice professionnel de faire des prescriptions, tandis que l'autre y sera confronté quotidiennement.

Cette diversité, il faut l'admettre et la revendiquer.

On nous a rapporté des cas où ce déni du droit de prescrire pouvait bloquer l'accès des médecins de santé publique à certains postes dans le champ de la médecine sociale comme les structures de protection maternelle et infantile ou les centres

de santé universitaires. Ce problème est grave et impose de réagir.

Les internes ont proposé des modifications de la maquette du DES pour redonner à la spécialité sa dimension de médecine sociale. Les enseignants sont d'accord pour appuyer les internes dans cette démarche. C'est un combat en deux étapes. Il faut commencer par modifier le texte et faire accepter ces modifications par le Ministère de l'enseignement supérieur, dans le cadre des réunions de suivi de la réforme. Mais surtout, il faudra présenter le nouveau texte au Conseil National de l'Ordre pour qu'ils modifient leur position sur le droit de prescrire.

C'est normal qu'après une nouvelle réforme il y ait des choses à changer, d'où les comités de suivi qui vont écouter les remontées et les problèmes du terrain.

Je souhaite rappeler aux internes qu'ils ont un rôle majeur à jouer dans ce combat. Je crois que les ministères ont beaucoup plus peur des internes que des enseignants. On le voit pour toutes sortes de réformes, les associations d'étudiants ont eu beaucoup plus de poids que les conférences de doyens et autres associations d'enseignants. Parce que les étudiants sont identifiés comme une force sociale, alors que ce n'est pas le cas des enseignants. Faire des manifs, aller dans la rue, c'est la force des collectifs. Le CLiSP a probablement sur cette histoire plus de poids et d'influence que les collègues d'enseignants.

FC Concernant le Big Matching, quels en sont les premiers retours ?

PF La procédure de choix a été régionalisée, bien que l'interne continue à avoir la priorité sur sa subdivision. L'idée n'est pas mauvaise a priori. Ainsi un interne d'une subdivision a l'opportunité de choisir dans un espace régional la structure d'accueil qui correspond le mieux à son projet professionnel. Pour le DES de santé publique ça peut avoir un intérêt quand un interne souhaite aller travailler dans une structure qui n'existe qu'en un seul exemplaire dans la région parce qu'il a un projet professionnel lié à cette structure,

Mais je trouve que le dispositif de choix ressemble à une usine à gaz, et aurait pu être beaucoup plus simple.

FC Quid de la thèse avant la fin de la 3^{ème} année ?

PF Avant, la thèse se passait au plus tard en 4^{ème} année juste avant de valider le DES, il fallait que les deux choses se passent dans un calendrier très

proche. La thèse avant la fin de la 3^{ème} année est une contrainte qui est venue de la phase de docteur junior c'est donc une conséquence administrative d'une innovation. Cette thèse en fin de 3^{ème} année va obliger les internes à y penser plus vite.

FC Et vous ne pensez pas que ça fait perdre un peu d'intérêt dans la thèse ?

PF Oui, il y a moins de temps pour préparer la thèse mais le dispositif est fait de telle façon qu'il faut y penser très tôt. Au lieu de se retrouver en fin de 3^{ème} année en se disant "qu'est-ce que je pourrais faire comme thèse?" on se pose la question dès la fin de la première année. Et la réponse "je ne sais pas" doit vouloir dire "je vais y réfléchir quand même". Ce n'est pas un mal en soi, ça décale un peu les événements. On est assez complaisant avec la thèse de médecine, d'ailleurs il y en a certains parmi les enseignants qui plaident pour sa suppression en disant que ça n'a plus grand sens.

FC Quelles perspectives pour le futur du DES ?

PF Je fais partie de ceux qui croient beaucoup à l'option administration de la santé. Je crois qu'avoir des médecins qui soient compétents en méthodes quantitatives, en sciences sociales, etc. comme c'est le cas lors de l'internat de santé publique et qui travaillent dans des administrations d'Etat, d'agences, ou en territorial, toutes les structures qui ont des missions de santé publique, cela peut améliorer le fonctionnement de toutes ces administrations. C'est un plus qu'on y voyait au départ. C'est vrai que c'est un peu difficile à mettre en place, car cela ouvre sur des statuts qui sont assez différents. Je pense que ces structures y verront de l'intérêt au fil du temps.

FC Vous voyez un rôle pour le médecin de santé publique dans le futur dans la gestion de la direction hospitalière ?

PF A titre personnel, je le souhaiterais. On a même évoqué l'idée que l'option administration de la santé n'ouvre pas qu'à des postes de gestion de santé publique mais ouvre aussi sur des postes de direction d'hôpitaux. Ce serait une bonne chose d'avoir des médecins de santé publique dans les directions hospitalières.

Interview réalisé à l'aide des ISP de Grenoble: Aurore Busi, Fanny Trecourt et Carola Pierobon

Pour remédier à la pénurie de cadres médicaux de Santé Publique, une nouvelle formation, intitulée « Administration de la Santé », est proposée aux Internes de SP ayant effectué 3 années d'internat. D'une durée de 2 semestres, cet enseignement prépare à l'administration de la santé pour exercer, à terme, des fonctions de direction, management et leadership dans le champ de la Santé Publique.

A l'initiative de l'Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique (EHESP), la première promotion a été accueillie en novembre 2020. L'enseignement, en présentiel et à distance, comprend du temps de travail personnel, la remise d'un mémoire, et un stage dans une administration publique ou privée, française ou étrangère. Les cours portent sur les thématiques suivantes : Politique et stratégies en SP ; Management des organisations de la santé ; Modes de régulation de l'action publique ; Démarches de planification et programmation ; Financement des établissements sanitaires et médico-sociaux. Compléteront cet enseignement des cours sur le cadre juridique et le droit appliqué à l'action sanitaire, sur l'inspection, sur la veille et sécurité sanitaire, sur la préparation et la gestion de crise ainsi que sur la Communication en santé.

Ce programme a l'ambition de former les futures élites de Santé Publique à la prise de responsabilités, en particulier dans les services centraux et déconcentrés de l'Etat (différents ministères dont en premier lieu le ministère en charge de la santé), les agences nationales et régionales de santé, les services de santé des collectivités territoriales, les établissements hospitaliers, les services de l'Assurance Maladie, les structures d'observation

de la santé et de promotion de la santé, les organismes privés (organisations non gouvernementales, associations, industrie médicale, cabinets de consultants) et les institutions internationales sanitaires. Ces différentes entités ont naturellement vocation à constituer des lieux de stage. Cette formation de haut niveau permettra aux médecins de santé publique de mieux répondre aux besoins des populations et aux nouveaux défis sociétaux comme l'environnement et l'émergence de maladies infectieuses. La mutualisation des cours favorisera les échanges avec les autres professionnels de santé en formation à l'EHESP (Directeurs d'hôpital, Directeurs de soins, Inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, Ingénieurs...). La priorité est donnée à l'interfiliarité. Ce réseau favorisera la création d'un creuset de santé publique d'excellence en France.

Les ISP intéressés transmettront, en accord avec leur coordonnateur de subdivision, un dossier de pré-inscription à christine.ortmans@ehesp.fr, copie à sylvie.chable@ehesp.fr, avant le 15/05/2021*. Pour être admis, les postulants devront avoir effectué un semestre de stage dans un service d'administration de la santé. Les stages à l'EHESP ne sont pas considérés comme des Inter-CHU, constituant une exception parmi les stages hors subdivision et hors région.

Dr Christine Ortmans

Responsable Option
Administration de la santé

*date susceptible de changer selon les années.
Se renseigner auprès de votre référent
de subdivision ou sur le site du CLiSP
<http://clisp.fr/option-et-fst/>

Option « Administration de la Santé » à l'EHESP

Cynthia Hurel Bonjour Alexandra, Romain, Vincent et Stéphane ! Vous constituez la première promotion des internes de santé publique inscrits à l'Option Administration de la Santé, proposée aux internes de santé publique... Pouvez-vous vous présenter, en quelques mots chacun ?

AD Bonjour, **Alexandra DELAMONTAGNE**, ISP à Caen. J'ai intégré l'option après avoir validé mon 4ème semestre.

RM Bonjour, **Romain MORTIER**, ISP de 6ème semestre sur Clermont-Ferrand, dont je suis le référent local. J'y réalise également un M2 « évaluation en santé » en parallèle de l'option.

VM Bonjour, **Vincent MAX**, interne de Toulouse, j'ai validé mon 6ème semestre, et je réalise mon année d'option avant d'entamer ma phase de consolidation en novembre 2021.

SD Bonjour, **Stéphane DELANCE**, interne de Poitiers, me destinant ultérieurement à une carrière au sein d'une ARS, j'ai intégré l'option à la suite de mon 6ème semestre

Carola Pierobon Pourquoi avoir choisi de faire l'option Administration de la Santé ?

RM Afin de compléter la formation du DES. Je trouve que des compétences en management, en économie ou encore en politique en santé sont indispensables pour un médecin de santé publique. C'est aussi une opportunité unique de vivre la gestion d'un établissement de santé de renom, au plus proche des décisions.

AD Comme Romain, je souhaitais compléter ma formation de DES et acquérir des connaissances complémentaires. Je l'ai vu comme une opportunité de développer de nouvelles compétences qui me seront utiles pour parvenir à mon projet professionnel.

VM Pour l'aventure ! Aussi parce que, dès le début de l'internat, je pensais, et je pense toujours, que ma carrière va s'orienter vers un poste dans l'administration, sans savoir lequel. Aussi j'ai suivi avec



attention et parfois angoisse la mise en place de cette option, pour finalement la voir aboutir. J'ai donc sauté le pas, et me voilà.

SD Souhaitant poursuivre une carrière au sein de l'administration, le suivi de cette option me semblait opportun afin d'être mieux armé face aux challenges de demain. Pouvoir suivre l'option dans sa première mouture offre par ailleurs une occasion unique de participer à la construction d'un nouvel aspect de notre métier, voilà une possibilité qui n'est pas donnée à tous en cours d'internat.

CH En quoi consiste la formation théorique ?

AD Les enseignements théoriques sont dispensés par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). La formation théorique initialement prévue était composée de 3 modules de 3 semaines en présentiel et du temps en distanciel. Mais avec la situation sanitaire, jusqu'à aujourd'hui tout s'est déroulé en distanciel. Il est prévu différentes modalités de validations des UE, ainsi qu'un mémoire professionnel à rédiger. Pour l'heure, nous avons eu cours uniquement tous les 4. Mais les prochains cours seront mutualisés avec d'autres formations de l'EHESP. Nos cours sont très variés : du management, de l'évaluation d'impact, du droit, de l'économie, de la promotion de la santé... Le fait d'être en petite promo et à l'EHESP permet une bonne participation pendant les cours. Étant donné que nous sommes la première promotion,

la maquette évolue également au fur et à mesure de l'année. Le format va sûrement s'adapter à nos retours pour l'année prochaine.

CP Et côté stage, comment ça se passe ?

RM Il s'agit d'une candidature spontanée, fortement soutenue par l'EHESP. Il est donc possible de trouver un terrain de stage de façon autonome, ou alors de se faire aiguiller par l'école selon vos vocations. Des stages à l'international sont envisageables, comme par exemple l'antenne européenne de l'OMS à Bruxelles, créant ainsi des opportunités professionnelles. Les stages sont plus accessibles que pendant le reste de l'internat : selon les textes qui devraient paraître, pas besoin de faire une demande d'inter-CHU.

Tout comme Alexandra, j'ai choisi de réaliser mon stage dans un Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC). Les CLCC ont la particularité d'être des Établissements de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC). Ils ont à leur direction un médecin, secondé par un administratif. Il en résulte une gouvernance intelligente entre le médical et l'administratif. Quelle profession, si ce n'est la nôtre, rassemble au mieux ces deux versants ? Qui plus est sur un sujet tel que la cancérologie...

Cela fait déjà deux mois que j'ai rejoint le Centre Jean-Perrin (CJP), et mon implication au sein des projets est vive. Avec entre autres l'élaboration du projet quinquennal de santé, la constitution du plan pluriannuel d'investissement (PPI), l'étude d'extension d'activités, les litiges juridiques et bien d'autres.

Je suis pour le moment majoritairement en observation, ce qui est tout à fait adapté vu le nouvel environnement auquel on se retrouve exposé, ainsi que le niveau de compétences des professionnels participant aux projets. Ce stage aborde amplement les axes traités par les enseignements théoriques dispensés le premier mois.

Concrètement le stage prend moins d'un mi-temps, et devra donner suite à un mémoire.

VM Pour ma part, j'ai pu choisir de réaliser mon stage à l'EHESP, auprès du directeur, Laurent Chambaud. Ma première mission est d'accompagner une enquête de la Cour des Comptes sur l'offre de prévention en France. Un peu délicat sachant que j'arrivais en cours de route (je viens combler un manque), mais néanmoins instructif et merci à ma prédécesseure pour l'aide apportée ! Pour la seconde moitié de mon stage, nous sommes en train de monter une enquête, via le réseau ASPHER (le réseau des Écoles de santé publique

européennes), sur l'expertise scientifique dans les pays du réseau. Il s'agit de comparer comment elle s'organise et comment elle s'articule avec les décideurs politiques.

SD Je réalise mon stage au niveau de la DGS (Direction Générale de la Santé), sous la responsabilité du Pr Jérôme SALOMON. L'encadrement quotidien est actuellement assuré par le Professeur Benoît MARIN et Mme le Dr Anne Moulin. L'implication au sein de l'équipe fut instantanée et intense. Mes missions au sein de la cellule de coordination MSS-MESRI (Ministère des Solidarités et de la Santé - Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation) m'ont permis de me rapprocher au plus près de l'activité du dispositif National CAPNET (Comité ad hoc de pilotage national des essais thérapeutiques et autres recherches) ce qui m'a permis d'apporter ma contribution à la résolution de la crise sanitaire. Je suis également impliqué dans la mise en oeuvre de la mission CPP ambition 2020-2022, dans laquelle j'anime trois groupes de travail : le groupe de travail "Revalorisation des carrières" des membres des CPP, le groupe de travail "Modifications substantielles" ainsi que le développement de la nouvelle version du système informatique des recherches impliquant la personne humaine SI RIPH.

Cet outil ayant vocation à prendre le relais du système actuel dès le 26 mai 2021, cette nouvelle mouture nous permettra de centraliser et d'accélérer encore davantage le traitement des dossiers de recherche impliquant la personne humaine.

CH Comment ça se passe pour candidater à cette option ? On peut le faire n'importe quand pendant l'internat ?

VM L'option se déroule sur un an (à rajouter aux quatre années du cursus) sur deux semestres consécutifs. Un des avantages est que ces semestres sont contigus à nos semestres d'internat. Un autre est que l'on continue à être rémunéré comme n'importe quel interne.

Elle se réalise uniquement en phase d'approfondissement, et pour des internes ayant au moins validé leur quatrième semestre (la candidature se fera en amont néanmoins : il faut avoir validé ce quatrième semestre au moment d'entrer dans l'option). En pratique, à l'heure où vous lisez ses lignes, si vous êtes intéressés pour l'option en novembre, dépêchez-vous de remplir votre dossier de candidature... Votre candidature, à partir d'un dossier-type, doit passer par votre commission locale de DES (ou directement via votre coordonnateur). Ensuite, une commission nationale, au sein de laquelle siègent notamment des représentants

étudiants, statue. Pas d'inquiétude sur le nombre de places, il y en a assez !

CP Quels conseils donneriez-vous à un ISP qui réfléchit à faire cette option ?

VM Ne pas hésiter à aller dans des terrains de stage autrement inaccessibles : l'option est toute récente et ils peuvent se montrer ouverts à l'idée de démarcher des terrains de stage qui correspondent au souhait de l'interne. S'accrocher face à l'administration de votre faculté ou votre ARS : l'option est encore mal connue et ils peuvent ne pas comprendre ses modalités (et se montrer plus ou moins compréhensifs et coopératifs). Pour l'heure, je suis heureux d'avoir fait ce choix !

AD Je suis d'accord, ne pas hésiter à ouvrir ses horizons, partir vers des stages auxquels on n'aurait pas accès dans la maquette de Santé Publique hors option.

RM Le faire pour la formation et le stage, mais pas pour gagner du temps afin de rédiger sa thèse ... Il y a du travail, surtout pour se familiariser avec des domaines qui ne nous sont pas naturels : l'administration, le droit, et l'économie possèdent leur propre langage et logique. La formation est de qualité, et je me sens privilégié de pouvoir la réaliser !

SD Avoir un projet bien défini en tête, ne pas perdre de vue que cette option implique du travail et une implication de tous les instants.



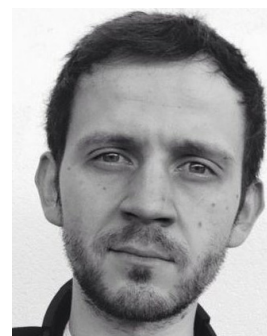
*Pour d'autres infos sur l'option Administration de la Santé, contacter Stéphanie Chenel :

Stephanie.Chenel@ehesp.fr

Renseignez-vous auprès de votre référent de subdivision ou sur le site du CLiSP

<http://clisp.fr/option-et-fst/>

FST de Médecine Scolaire Interview de Romain Lafitte



Fabiana Cazzorla Bonjour Romain. Peux-tu te présenter en quelques mots ?

Romain Lafitte Je m'appelle Romain LAFITTE, actuellement en 5^{ème} semestre de Santé Publique à Caen en Normandie. Pour ce qui est de ma formation, j'ai débuté mon internat par un Master 1 en Management et Qualité des Soins. Ma première année d'internat s'est déroulée au SUMPPS (Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé) de l'Université de Caen, une expérience que j'ai beaucoup aimée et que j'ai poursuivie sur deux semestres consécutifs. Par la suite, j'ai travaillé au DIM du CHU de Caen et enfin à l'ARS en Veille Sanitaire dans le cadre de la crise sanitaire. Je suis en ce moment même en train de suivre la FST de Médecine Scolaire et j'espère commencer dès l'année prochaine le DIU de Sexologie.

FC Qu'est-ce qui t'as motivé à choisir cette FST ?

RL J'ai fait le choix de suivre la FST de Médecine Scolaire suite à mon année de stage au SUMPPS. En effet, au travers d'une formation très complète, je me suis investi davantage dans la Prévention et la Promotion de la Santé (PPS) à la fois dans un rapport individuel à travers des consultations, mais surtout dans les actions collectives. J'ai depuis décidé de me spécialiser en PPS, et j'aimerais notamment travailler dans le domaine de l'éducation à la vie affective et sexuelle, en particulier chez le public jeune. Mon objectif premier reste de travailler dans un Service de Santé Universitaire sur ces sujets, j'étudie également les possibilités qui pourraient m'amener à travailler en ARS ou dans d'autres structures travaillant sur la PPS. J'ai donc décidé naturellement, pour mieux comprendre la santé des étudiant.e.s, de me former sur la santé en milieu scolaire.

FC En quoi consiste la formation théorique ?

RL Pour l'organisation de la FST, cette année, étant donné le contexte sanitaire et que nous ne sommes que deux internes à suivre cette formation en France (une co-interne pédiatre et moi), nous faisons tout en distanciel sauf un séminaire

planifié à l'EHESP en Juin. Pour rappel, cette FST est ouverte aux internes de Pédiatrie, Médecine Générale et de Santé Publique. Un module d'enseignement nous est envoyé tous les 15 jours et nous faisons le point en nous réunissant mensuellement en vidéoconférence avec le CNEMS (Collège National des Enseignants en Médecine Scolaire). L'encadrement en distanciel est régulier et permet un retour sur les différents sujets abordés. La charge de travail est adaptée et permet une approche du terrain en parallèle.

Concernant la validation de la FST, les deux stages sont à valider avec un portfolio de consultations spécifiques à avoir réalisé. Il va de soi qu'une certaine adaptation est possible au vu des différents profils, notamment pour un ISP qui serait moins habitué à la clinique qu'un interne de médecine générale ou de pédiatrie. En fin d'année, un court mémoire, une présentation en congrès ou une rédaction d'article scientifique permet une partie de la validation théorique, couplée avec des tests de connaissance.

FC Et côté stage, comment ça se passe ?

RL Pour les stages, nous avons évidemment deux semestres à valider. Ils sont choisis en autonomie, toute la difficulté pour moi réside dans l'obtention de l'agrément en avance puisque j'effectue un stage à cheval entre le Rectorat et l'ARS. En effet, je travaille en rapport direct avec le médecin conseiller technique du rectorat afin de rencontrer les différents professionnels de santé sur le terrain et de consulter avec eux. Ce programme correspond à celui prévu par la FST. En parallèle, et c'est pourquoi je me suis également rapproché de l'ARS, je porte un projet de PPS directement sur le terrain. J'ai voulu faire de mon premier semestre un temps de formation mais également d'action en développant pour un collège et un lycée un projet de prévention autour de la santé mentale. Il me

paraissait fondamental d'aller dans les collèges et lycées afin de parler avec les plus jeunes, prendre la mesure de ce que la crise sanitaire leur fait traverser et essayer de leur donner des outils pour être en capacité de gérer un peu mieux la situation.

Ceci n'est qu'un exemple, les différents terrains de stages "classiques" ouverts offrent un choix varié : PMI, écoles, Service de Santé Universitaire, Maison des Adolescents, Service de Pédiatrie, etc. La maquette est à discuter avec les responsables régionaux de la FST.

FC **Comment ça se passe pour candidater ? On peut le faire n'importe quand ? - inscription/candidature**

RL J'ai candidaté courant mai-juin auprès de ma responsable de DES qui m'a mis en contact avec le PU-PH de Pédiatrie, lui-même responsable de la FST. Après une brève présentation des différents projets, ma candidature a été acceptée pour la rentrée universitaire ce qui m'a permis d'entamer les démarches administratives auprès de l'UFR.

FC **Quels conseils donnerais-tu à un ISP qui réfléchit à faire cette FST ?**

RL Si je devais donner un conseil, ce serait de mûrir un projet avant d'aborder la FST. En effet, notre spécialité a de multiples atouts, et je pense qu'il est important d'apporter un regard axé autour de l'épidémiologie, de la PPS, de la santé environnementale etc. Notre méthodologie nous permet d'aborder la médecine scolaire avec un angle tout particulier et d'en tirer des enseignements très riches.

Plusieurs choses à noter, la FST n'est ni une obligation pour accéder au poste de médecin de l'éducation nationale, ni un tremplin. Aujourd'hui, le concours de l'Education nationale est toujours en place pour accéder à cette fonction, même s'il est évident que le contenu des formations est aidant.

Autre point, cela rajoute une année de formation en plus dans l'internat, c'est un point important à prendre en compte dans nos maquettes.

Finalement, la FST de Médecine scolaire, bien que n'aidant pas administrativement à accélérer le parcours pour devenir médecin scolaire, son contenu théorique et pratique est très précieux et aidant pour quiconque se destinerait à une carrière dans l'Education Nationale.

LE SERVICE SANITAIRE EN BD AVEC CATHIE FAUSSAT

Illustrations : Laetitia Leuci, ISP à Dijon



BONJOUR JE SUIS CATHIE, INTERNE DE SANTÉ PUBLIQUE À TOURS EN 6 ÈME SEMESTRE. UN PEU LASSÉE DE L'HÔPITAL ET DU CURATIF PENDANT L'EXTERNAT, JE RESSENTAIS LE BESOIN D'UNE APPROCHE PLUS GLOBALE DE LA SANTÉ. C'EST POURQUOI LA SANTÉ PUBLIQUE A ÉTÉ LE CHOIX QUI ME CORRESPONDAIT LE PLUS, MÊME SI J'AI LONGTEMPS HÉSITÉ AVEC PÉDIATRIE !

J'AVAIS HÂTE DE DÉCOUVRIR LE CHAMP DE LA **PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ**, ET UNE VÉRITABLE OPPORTUNITÉ S'EST PRÉSENTÉE DES MON 3ème SEMESTRE D'INTERNAT :

LE SERVICE SANITAIRE !

MON IMPLICATION AU SEIN DU SERVICE SANITAIRE (SESA)

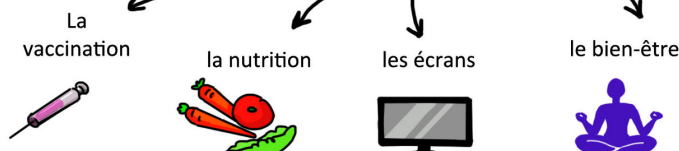
À LA FAC' DE MÉDECINE DE TOURS, LE SESA A ÉTÉ MIS EN PLACE EN 2018. LA PREMIÈRE PROMOTION D'ÉTUDIANTS DE MÉDECINE A ÉTÉ SUIVIE DE
LA 2ème → 3ème ANNÉE



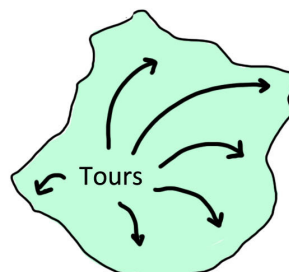
DES TD D'ACCOMPAGNEMENT ONT PERMIS DE TUTORER LES PROJETS DES ÉTUDIANTS
C'EST LÀ QUE LES ISP SONT INTERVENUS !



DES BINOMES, COMME PAUL ET MOI, ONT ACCOMPAGNÉ ENVIRON **50 ÉTUDIANTS !** AVEC UNE DIZAINE DE PROJETS À SUIVRE SUR DES SUJETS VARIÉS COMME

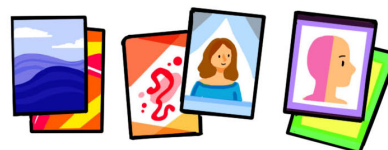


LES PROJETS ÉTAIENT CONSTRUITS EN LIEN AVEC LES **CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ (CLS)** DE LA RÉGION



- TERRITORIAL
- INTER PROFESSIONNALITÉ (Trop peu)

DURANT CES TD, C'ÉTAIT TRÈS INTÉRESSANT D'OBSERVER LES REPRÉSENTATIONS DES ÉTUDIANTS SUR LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION ! POUR CELA, ON A PU MOBILISER DIFFÉRENTES TECHNIQUES COMME LE **PHOTOLANGAGE*** ! LA QUESTION POSÉE AUX ÉTUDIANT ÉTAIT : **POUR VOUS, QUELLE IMAGE REPRÉSENTE LE MIEUX LA SANTÉ ?**



CELA A PERMIS D'AVOIR **DES ÉCHANGES TRÈS RICHES** AVEC LES ÉTUDIANTS !

*Pour info le photolangage est une méthode utilisant un ensemble de photos ou de dessins variés dont l'objectif est de faciliter la parole de personnes sur un sujet ou question donné.

C'EST AUSSI L'OCCASION D'OBSERVER LES PERSONNALITÉS TRÈS DIVERSES DES ÉTUDIANTS ET D'IDENTIFIER LES ÉTUDIANTS MOTEURS COMME LES PLUS RÉSERVÉS ! INDISPENSABLE POUR LES PRÉPARER À LA COMMUNICATION LE JOUR J DE LEUR INTERVENTION !



LA RENCONTRE AVEC LES ACTEURS DE TERRAIN (ASSOCIATIONS, INFIRMIÈRE SCOLAIRE...) ET LA DÉCOUVERTE DE LA FRAPS-IREPS ONT ÉTÉ DES ÉTAPES CRUCIALES POUR LES ÉTUDIANTS. ENFIN ! ILS TROUVAIENT ÇA CONCRET !

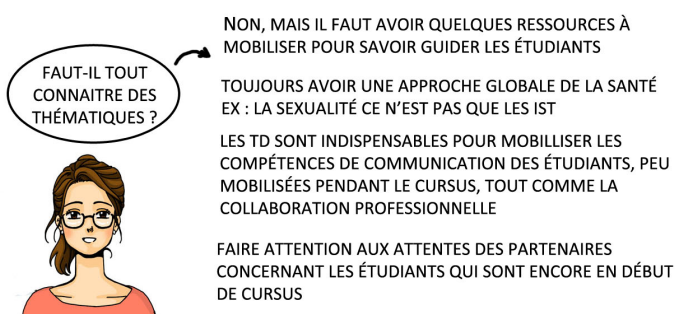


CE QUE J'AI TROUVÉ LE PLUS RICHE, C'EST D'ENCOURAGER LES ÉTUDIANTS À AVOIR UNE RÉFLEXIVITÉ SUR LA CONCEPTION DE LEUR PROJET ET SUR LA POSTURE QU'ILS ADOPTENT. EXEMPLES :



AU FINAL, CE QUE JE RETIENS DU SESA :

LES POINTS DE VIGILANCE :



DES POINTS +

LE SESA M'A PERMIS DE DÉVELOPPER MES COMPÉTENCES PÉDAGOGIQUES ET MES CONNAISSANCES EN PRÉVENTION.
DES ÉTUDIANTS SE SONT VÉRITABLEMENT INSVESTIS ET ILS ONT ÉTÉ RECONNAISSANT ENVERS NOS EFFORTS POUR LES ACCOMPAGNER
LE TRAVAIL EN BINÔME & LES TECHNIQUES D'ANIMATION QUI ONT BEAUCOUP PLU !

DES POINTS -

LES ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS ET FINANCIERS
TROP PEU DE TEMPS UNIVERSITAIRE DÉDIÉ À L'ACCOMPAGNEMENT (UN BON ACCOMPAGNEMENT EST CHRONOPHAGE)
LE COVID EST PASSÉ PAR LÀ !



POUR FINIR, JE PENSE QUE LE SESA EST UNE VÉRITABLE OPPORTUNITÉ DE MONTRER UNE AUTRE FACETTE DE LA SANTÉ PUBLIQUE PENDANT L'EXTERNAT ET PEUT ÊTRE SUSCITER LA CURIOSITÉ DE CERTAINS EXTERNES ! CELA NÉCESSITE AUSSI DE METTRE EN LUMIÈRE LES BESOINS DE FORMATION EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ DANS NOTRE INTERNAT AFIN D'AVOIR LES CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES REQUISES POURPLEINEMENT S'INVESTIR DANS LE SESA !

EuroNet MRPH (European Network of Medical Residents in Public Health) est un réseau européen d'internes de santé publique, comprenant actuellement dix pays !

EuroNet MRPH vise notamment à créer un réseau professionnel, riche, entre les internes européens en santé publique afin de partager des informations sur les programmes de formations ainsi que de faciliter les échanges. Nous proposons également des téléconférences mensuelles avec intervenants sur des sujets d'actualités ainsi que des séminaires dans divers pays 3 fois par an !

REJOIGNEZ-NOUS !

<https://euronetmrph.org/membership/>



**Juan Francisco
Monteagudo Pérez (ES)**

Président - Interne en santé publique à Murcie

« J'ai choisi d'intégrer EuroNet par souhait d'assurer une continuité associative dans le contexte actuel et promouvoir la coopération entre les internes européens de santé publique. Je travaille actuellement au département d'épidémiologie de Murcie, j'ai un attrait pour la santé environnementale et mondiale. »



**David Peyre-Costa
(FRA)**

Vice-président - Interne de santé publique à Montpellier

« La santé publique, comme beaucoup de spécialités, est une question de partage des connaissances et de compétences. J'ai rejoint EuroNet car c'est un fabuleux outil permettant de créer du lien entre internes européens, je souhaite aider à rendre cet outil plus fonctionnel. »



Alejandro de Arriba (ES)

Secrétaire - Interne de santé publique aux Îles Canaries

« EuroNet MRPH est une excellente occasion d'entrer en contact avec le système européen de santé publique. Mes principaux domaines d'études sont l'égalité des sexes, la santé, l'ethnicité et le droit aux soins en Europe »



**Sander de Souza
(FRA)**

Trésorier - Interne de santé publique à Lyon

« Membre d'EuroNet depuis 2019, je me souviens d'un accueil très chaleureux au meeting d'Utrecht (Pays-Bas) lors de mon arrivée. Mes principaux intérêts sont la prévention, la promotion de la santé, la vaccination, la santé sexuelle et l'impact des discriminations dans le domaine de la santé »



Francesca Grosso (ITA)

Communication - Interne en santé publique à Milan.

« Originaire du sud de l'Italie, passionnée de santé publique, je suis intéressée par la manière dont les réseaux sociaux et les stratégies de marketing numérique peuvent être appliqués à la communication dans le domaine de la santé. Je souhaiterais travailler dans les domaines de l'égalité des sexes, de la santé numérique et de la coopération internationale, ou dans la recherche »





**Alfonso Alonso
Jaquete (ES)**

Stages, partenariats - Interne de santé publique à Santander

« Membre d'EuroNet depuis 2017 (meeting de Lisbonne), je me suis présenté à ce poste par attrait pour la mobilité européenne. Je travaille actuellement pour l'agence espagnole des médicaments et des dispositifs médicaux »

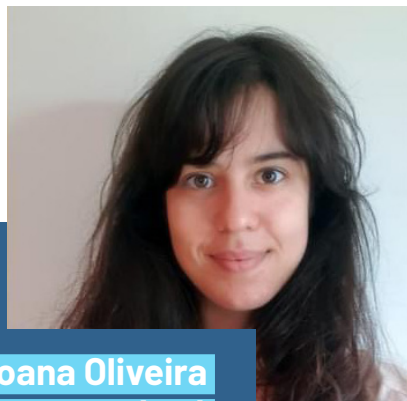


**Giovanna Failla
(ITA)**

**Interne en santé publique
à Vérone**

« Originaire de Sicile. A étudié la médecine à Rome et à Würzburg (Allemagne), elle travaille à actuellement à l'Institut national italien de la santé (Istituto Superiore di Sanità).

Elle s'est rapprochée d'EuroNet par attrait envers l'importance des échanges internationaux et de la collaboration entre internes, médecins et institutions. Passionné par la recherche, elle aimerait travailler dans le domaine de la prévention et promotion de la santé au niveau international. »



**Joana Oliveira
Miranda (PR)**

**Webmaster - Interne en
santé publique à Coimbra**

« Membre d'EuroNet depuis 2018, après la réunion d'été de Valence. Je crois en la création d'un solide réseau international d'internes, ceci afin d'améliorer notre expérience et d'enrichir les programmes d'études et de formation en santé publique. »

Interview de Igor Grabovac, interne en Santé Publique à Vienne

Fabiana Cazzorla Hi Igor, I'm really happy to have the opportunity to interview you. We met each other at the EuroNet meeting in Turin. I vividly remember your engagement in public health and the peculiarity of your situation: you practically create the public health residency in Austria! So, tell us a little bit about yourself, your study background and how you ended up in Austria.

Igor Grabovac Hi Fabiana! Thank you for inviting me. Well, I come from Croatia and I did my medical study there in Zagreb.

During my days as a student, one experience marked me: I observed some very homophobic behaviour by one of our professors visiting a patient, an unethical and illegal behaviour, and I wanted to do something about it. I had a project idea on discrimination, and I started looking for someone who could help me build this up. I accidentally found it at the School of Public Health: my mentor, Professor Jadranka Mustajbegović. She wasn't a public health specialist but an occupational medicine specialist, which in Croatia is more prevention-oriented, and with her, I started appreciating this side of medicine more than the curative part. I found it more useful to take an interest in the cause and preventive analysis more than just cure chronic pathologies without questioning how to avoid them.

During medical school, I got a job with the Council of Europe, with an NGO (Non-Governmental Organisation) that works on the rights of LGBTIQ young people and students. They hired me as a member of their health workgroup, and this allowed me to work on projects at a European level. During my last years of medical school, the political situation in Croatia started to become more and more difficult with a rise of close-minded political conservatives. I didn't want to live or work in such conditions so, with the support of my mentor, I decided to apply for a doctorate in Vienna. At first, I wasn't so much excited about the idea of living in Vienna, but the inscription fees were really cheap; I did like the educational program and most of all, I got accepted! So, I decided to sell everything I had in Croatia and give it a try!



The beginning was tough, I had savings for six months, I didn't speak German, I didn't have a job, I started volunteering at the University Hospital Department of Internal Medicine and little by little, after eight months, they hired me as a resident in occupational medicine but just as a maternity replacement. Occupational medicine was ok, I could work in preventive medicine and I still had regular contact with people, so I still felt like a "doctor".

Unfortunately, not long after, University decided to shut down the Occupational Medicine Department and fuse it with another one. There was no place for me as a resident and I lost my job again! In the meantime, my PhD project was going on and finally, the Centre of Public Health opened a position for a Public Health resident, and I started working there. So basically, at the very beginning, I didn't know I would have ended up in public health! But I'm really happy about my choice and how it finally ended.

FC How did your work change? And do you miss doing occupational medicine?

IG Well, most of all I've lost contact with patients.

As an occupational physician, I was in charge of evaluating work risks exposures like asbestos for example. When I changed department, I stop visiting patients, but I had the opportunity of taking care of a part of the population always neglected: vulnerable groups like the homeless, people with addiction issues, people who are usually not seen by clinics or General Practitioners as they have no access to it. Now, in a university context, I also have research obligations and academic work to do.

FC Interesting, and what kind of project are you in now?

IG Well, this is a very peculiar period. Now I am doing a lot of COVID testing, and as you can imagine, this takes a lot of time.

In terms of my own projects,

I have got EU funding for a project on promoting health at the workplace for young LGBT people focusing on the transition from school to the workplace and looking into how potential discrimination and negative experiences can influence health outcomes (physical and psychological).

It is a multicentric project, carried out in six European countries (Austria, Spain, Croatia, Serbia, Slovakia, United Kingdom), and we are doing qualitative interviews with young LGBT people about their experiences (workability, microaggressions, psychological health, health behaviour etc.), but also doing focus groups with political stakeholders and are also carrying out a quantitative survey online among the young people to assess the experiences in Europe.

I also got another project a few months ago, the "Horizon 2020" project. It is a project of three million euros, and it takes place in London, Vienna, Madrid and Athens.

We are doing cancer prevention in the homeless population. The higher mortality rate for cancer in this population is not only associated with their homeless status but also because of different health behaviour aspects: a lot of mental illness,

drugs use, smoking and others. We are interested in primary prevention: drug use prevention programs, smoking cessation programs, the necessity of hygiene, improving vaccination rate, safe sex. We also started a secondary prevention program in terms of screening to include them as "population at risk", also assuring the continuity of care after a positive screening. We want to try to implement an innovative solution that would improve their experiences in the health care setting.

As a public health practitioner, I'm also trying to implement a register of HIV surveillance in Austria, I work in the evaluation of projects done by insurance companies, and I am also part of the team that created new guidelines for depression in elderly people.

FC You have such a polyvalent role! And I have the impression that you clearly work at a national level. Do you have some mandatory training during your residency?

IG Yes, it is a bit different from France...

Here you don't have an established system for residency. But basically, the public health training program starts with 9 months of basic training (common to all speciality) during which you have to go to a surgical department and to an internal medicine department, and you have to rotate, do night shifts, then you have to do 3 years at the Centre for Public Health. When that part is done, then you have to rotate for 2 years and 3 months on different "modules" that are basically yours to choose and these determine your "subspecialty" (these include various things like microbiology, hygiene, epidemiology, environmental medicine, risk assessment, medicine in catastrophic situations, etc.). Rotations outside the university are possible, but it needs approval because you will be paid by the hosting institution.

FC: The situation for public health residents seems to be a little complex in Austria, isn't it? Can you please explain to us how it is considered public health in Austria?

The health care system in Austria is functional, and overall it's really great! Something like 98% of the population is insured. The problem with homeless people for example is not the insurance, but that they get lost in the system, they don't have documentation, insurance card, they are not informed. As long as you have Austrian or European citizenship, you have insurance. People that are not insured are either immigrants, or because of the immigration status they can't work, waiting for a visa, and during this time they don't have health insurance. I was in this situation myself for a while.

As Austria is a federation, each federal state held up till recently local insurance agencies, with some specific nation-wide insurance systems. All of this makes the system extremely fragmented and problematic. Their reimbursement rate changed depending on city or employment, so it's a problem if people move a lot for work for example.

Generally waiting times are short, there are enough beds and lots of medical doctors. Another problem is centralisation and the low number of primary care physicians (GPs). They are not recognized as medical specialists and their organisation often is dependent on contracts with insurance companies. This makes it relatively unattractive for young doctors, especially in more rural areas. Also, Austria does not have a "gatekeeping system", so you can go directly to secondary or tertiary care without referrals from the GP. This tends to overload hospitals with cases that could have been solved at a primary level.

FC And what about the fact that you had created public health residency in Austria? Is it a myth or is it true?

IG I am the only public resident in Austria at the moment, but I am not the first one. The program started in 1984 under the name of Social Medicine, however, even then there were issues and only 7 people finished it since then. Since 2015, there is a new program called "Public Health" but unfortunately it's only on paper. So, I am not creating a program, but am creating ways for future residents to actually DO it.

The university organisation here is a little bit different from the French one. In France, you have a well-oiled residency system, very structured. Here there is no such thing as an open position for everyone. What usually happens is that one resident has to finish in order for a new one to start and this takes a long time. The residency can only be done in one place in all of Austria – which is the university, where funding for new positions is always small. The lack of positions is associated with a lack of understanding that public health is very important at a national level. Also, you need a supervisor during the residency! But I am happy that in my Department there are 3 specialists and there has been news that I will be getting a new colleague soon so I will not be the only one!

FC And this time of the epidemic, did not push the government and the university to invest more in public health formation?



IG The epidemic definitively brought more attention to public health, and now more people know of it or heard about it. Words like "epidemiology" are now part of everyday vocabulary but, in terms of bringing more investments in prevention and building up a better and more robust public health network, unfortunately, no. They did more investments in new clinical centres, a lot of investments in infectiology but not on prevention of infections. The government will have to invest more in the promotion of community health and I hope they will.

FC Is there a national public health institution?

IG At a national level, there are two public health institutions, repeatedly in conflict with each other.

One is AGES (Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit – Austrian Agency for Health and Food Safety) and deals with mostly environment control (water, food, etc.), with a public health department that does some basic epidemiology. They are submitted to the ministry of health for decisions and tasks.

The other one is GÖG (Gesundheit Österreich – Health Austria) does mostly disease and system monitoring and again they are submitted to the ministry. So, there is not a truly independent authority that can react rapidly without questioning political agreement.

Within the ministry itself, you have a public health department with different subdivisions, that have various purposes.

We also have a position of the so-called “Community Doctor”, which is the most similar figure to a field public health doctor. They are hired by the local authority and they cover a certain geographical area and deal with different topics including vaccinations, quarantine, different kinds of check-ups, enforce psychiatric hospitalisations, work with the police in determining intoxication etc. However, as they do not attend public health residency they do not count as public health specialists. Often, they have just finished training in primary care and then took a special exam to work for the government.

FC Last question... Do you think it should be possible for a foreign resident to come to make a period of residency in Austria? And what it would be like?

IG I think it would be possible! I mean, the only good thing about this whole mess of organisation here, is that we don't have an established system and so propositions can be made. However, they would probably have to find financing because it is very difficult to be financed by an Austrian university.

The task will be varied. Basically, they will go to Vienna because it is the only university with a public health residency. They can expect a variety of work – scientific projects in public health, work with different communities, work for political stakeholders but also advisory work. They can learn a lot about methodologies, interdisciplinary work, scientific writing, teaching etc. A good level of English would be needed, and if they speak at least some German that would be great, but not mandatory.

So that's it! Everybody you are welcomed in Vienna!

FC Thank you Igor for telling us about your experience. It's very interesting to understand how public health works differently in each country. Good luck with all your projects and see you at another EuroNet meeting!



Visit EuroNet page on PH residency in Austria for more information!

<http://euronetmrph.org/residency-austria/>

David Peyre-Costa est interne de Santé Publique en 5^{ème} semestre au sein de la subdivision de Montpellier. Il a fait ses études de médecine dans la très cosmopolite ville de Bruxelles. C'est en évoluant ainsi avec une envie de partage de connaissances et d'ouverture sur le monde que David a eu envie de partir à l'étranger.

Avec un profil plus orienté vers la recherche, il est actuellement depuis novembre 2020 au sein d'une unité de recherche et médecine communautaire à Tromsø (Norvège) pour 6 mois. Ancien vice-président du CLiSP en 2019-2020, actuel vice-président d'EuroNet MRPH, il nous raconte :

Emeline Antoine Quelles furent tes motivations à partir à l'étranger ?

David Peyre-Costa J'ai voulu faire un stage à l'étranger car, d'une part, cela permet d'avoir une expérience internationale et d'enrichir mes connaissances et compétences dans mes domaines d'intérêt, en l'occurrence ici la recherche et l'épidémiologie. Et d'autre part, afin de pratiquer mon anglais. Dans mon unité, les gens viennent d'origines variées, l'anglais est donc la seule solution. En seulement quelques mois, mon discours est déjà plus fluide. Je suis parti de France avec un niveau assez moyen, je l'espère un peu meilleur maintenant.

EA Peux-tu nous parler de ton stage ?

DPC Alors je suis dans une unité de recherche au sein du CHU/Université de Tromsø. On est une équipe d'une vingtaine de personnes, constituée



de chercheurs médecins, statisticiens... J'ai un projet de recherche principal que j'ai choisi avec mon maître de stage. J'analyse une base de données d'une cohorte de femmes, et le but étant de savoir si une auto-évaluation de leur état de santé peut être prédictible d'une certaine mortalité. J'aide aussi à d'autres projets annexes et participe à la vie du service, conférences... C'est une unité dynamique, j'apprends beaucoup !

EA Comment as-tu fait pour partir ?

DPC J'ai cherché, j'ai cherché et j'ai cherché ! J'ai contacté plusieurs unités liées à la santé publique à Tromsø (en recueillant toutes les adresses que je trouvais sur internet) et après quelques échanges de mails et quelques « Zoom », j'ai finalement pu avoir celle qui m'intéressait le plus.

Niveau démarche : il faut remplir un dossier et le faire signer par le coordinateur de ton stage à l'étranger et le coordinateur de DES de ta subdivision. Puis le déposer à la scolarité de ta faculté. C'est ensuite une commission indépendante qui délibère, le doyen de la faculté de médecine doit également approuver le projet.

EA En cette période particulière, est-ce que la COVID-19 a changé quelque chose à tes projets ?

DPC Alors c'est vrai que la commission étant en avril, nous étions en plein confinement, j'ai mis plus de temps à obtenir certaines signatures. Finalement, ils ont accepté de me laisser partir sous réserve, bien-sûr, de l'évolution de la crise sanitaire. C'était un peu stressant de savoir que tout pouvait s'annuler à la dernière minute (notamment pour le logement), mais finalement cela se finit bien et je remercie beaucoup Montpellier de me permettre de faire cela.

Sinon, en Norvège actuellement il n'y a pas de confinement, pas de port de masque non plus. De plus, je suis dans le nord où il y a beaucoup moins de cas que dans le sud du pays. Et heureusement je ne suis pas en télétravail et peux donc vivre et profiter pleinement de mon stage !

EA As-tu rencontré des difficultés sur place ?

DPC Je n'ai jusqu'à maintenant pas rencontré de difficultés majeures, l'équipe est à l'écoute et le travail très intéressant ! La seule chose un peu dure c'est qu'à Tromsø, on se situe au nord du cercle polaire arctique. Au-delà du froid, le soleil ne se lève pas de mi-novembre à mi-janvier (ça change de Montpellier). C'est perturbant et on perd un peu ses repères en étant dans le noir H24.

Mais sinon, la Norvège c'est surtout une nature et des paysages incroyables. Un pays avec une histoire et une culture riches.

Et c'est aussi la chance d'assister au spectacle que nous offrent régulièrement les aurores boréales.

EA Des conseils à donner à ceux qui souhaiteraient partir ?

DPC Soyez proactif, il ne faut pas hésiter à contacter plein de monde ! Et s'y prendre en avance ! Commencez à faire vos démarches au moins 10-12 mois avant. Que vous ayez une appétence ou non pour le voyage, une expérience outre-frontière c'est une réelle opportunité sur le plan professionnel et très enrichissante pour un médecin de santé publique !



Visitez le site d'EuroNet pour plus d'informations !
<http://euronetmrph.org/>



MEMBRES DU BUREAU ET DU COLLÈGE DU CLISP 2020-2021

Sander de Souza - Président
president@clisp.fr

Vincent Max - Vice-président
president@clisp.fr

Béranger Thomas - Secrétaire
secretariat@clisp.fr

Stéphane Tuffier - Trésorier
tresorier@clisp.fr

Serena Tumelero
Vice-secrétaire chargée
de l'événementiel
evenement@clisp.fr

Sara Corbin
Vice-secrétaire déléguée
aux affaires nationales
affaires.nationales@clisp.fr

Cynthia Hurel
Chargée de coordination avec les
représentants des subdivisions
coordination@clisp.fr

Rémi Valter - Webmaster
webmaster@clisp.fr

Richard Dudouet
Chargé de communication
communication@clisp.fr

Fabiana Cazzorla
Rédactrice en chef du bulletin
bulletin@clisp.fr

Romain Lafitte
Chargé de relation EuroNet MRPH
euronet@clisp.fr

Vanessa Fritz
Chargée de mission Actualités
actualites@clisp.fr

REPRÉSENTANTS DES SUBDIVISIONS

Île-de-France

Léo Delbos representant-clisp@isp-paris.org

Nord-Est

Besançon **Élodie Angulo** elodie.angulo@orange.fr
Dijon **Melchior de Giraud d'Agay** melchiordagay@live.com
Nancy **Maxime Ransay** maxime.ransay@gmail.com
Reims **Claire Coutureau** claire.coutureau@wanadoo.fr
Strasbourg **Louisa Porté** louisa.po@gmail.com

Nord-Ouest

Amiens **Sébastien Delescluse** asso.apisp@gmail.com
Caen **Nicolas Vigneron** referent.sp.caen@gmail.com
Lille **Arnaud Dezetree** asso.isp.lille@gmail.com
Rouen **Karl Bare-Herrmann** referent.isp.rouen@gmail.com

Ouest

Angers **Mathieu Levallant** mathieu.levallant@gmail.com
Nantes **Samantha Valyi** referent.santepublique@gmail.com
Poitiers **Clotilde Morineaud** clotilde.morineaud@etu.univ-poitiers.fr
Rennes **Cynthia Hurel** referent.santepublique@outlook.fr
Tours **Cathie Faussat** cathie.faussat@gmail.com

Rhône-Alpes et Auvergne

Clermont-Ferrand **Romain Mortier** romortier@hotmail.fr
Grenoble **Fabiana Cazzorla** isp.grenoble@gmail.com
Lyon **Romuald Cruchet** association.spl@gmail.com
Saint-Étienne **Paul Bonjean** paul.bonjean@orange.fr

Sud-Ouest

Bordeaux **Fanny Velardo** referent.santepub.bordeaux@gmail.com
Limoges **David Lagarde** lagarde.david@hotmail.fr
Toulouse **Emmanuel Chabot** contact.isp.sud@gmail.com
Antilles, Guyane **Philippine le Barrois d'Orgeval** santepub.ag@gmail.com
Océan Indien **Anne-Françoise Casimir** anne.francoise.casimir@gmail.com

Sud

Marseille **Michele Planta** michele.planta@outlook.it
Montpellier **Rodney Plat** plat.rodney@gmail.com
Nice **Kévin Legueult** kevinlegueult@gmail.com