



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

#50

- Juin 2023 -

CLISPro 2023

**Influence et plaidoyer
en santé publique**



sommaire

- #50 - juin 2023 -

p. **04** **ÉDITORIAL**

p. **05** **PRÉCÉDEMMENT AU CLISP**

Retour sur le CNISP 2023

La vie associative au CLISP: bilan 2022-2023

Entrer en santé publique après un droit au remord:
témoignage de Caroline, nouvelle ISP à Brest

p. **11** **ACTUALITÉS: CLISPRO 2023**

Le plaidoyer en santé, ou représenter les intérêts de la santé publique -
Entretien avec Cyrille Bertin, directeur associé de France Plaidoyer

Le plaidoyer à Médecins du Monde - Entretien avec Juliana Veras, coordinatrice
plaidoyer prix du médicament

p. **19** **DOSSIER SPÉCIAL BULLETIN 50:
L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE DE SANTÉ PUBLIQUE**

L'histoire du DES de santé publique expliquée: entretien avec Louise Bourdel, autrice
d'une thèse sur la création de la filière santé publique

L'histoire du DES au-delà des frontières: l'exemple du Togo. Entretien avec le Pr
Didier Ekouevi

p. **31** **QUELQUES TRAVAUX D'INTERNES**

Prix du CLISP au CLISPro : résumés

Etre médecin et artiste illustratrice : entretien avec Laetitia Leuci

p. **43** **RUBRIQUE FST: MÉDECINE SCOLAIRE**

p. **48** **RUBRIQUE EURONET - INTERNATIONAL**

European health systems explained: France

Global health training and humanitarian response landscape in France

p. **64** **CONSEILS DE LECTURE**

p. **67** **EVENEMENTS À VENIR EN 2023**



EDITORIAL



Yves Gallien

ISP à Paris



Quelle joie de vous accueillir pour le 50^e numéro des bulletins du CLISP !

Un numéro anniversaire est toujours un moment de célébration et de mémoire. Depuis les débuts de l'association jusqu'à aujourd'hui, nous construisons ensemble une communauté engagée qui s'épanouit dans l'internat de la santé publique.

C'est avec une grande reconnaissance que nous honorons ceux qui ont pavé la voie avant nous, et notamment lors de la création du DES de Santé publique. Dans cet esprit, nous sommes ravis de partager avec vous le dossier spécial sur l'histoire de la médecine de santé publique, notamment avec l'interview de Louise Petit pour revenir sur cette période charnière. Le dossier spécial vous transportera dans le temps, vous permettant de mieux comprendre notre héritage et de vous inspirer pour l'avenir. C'est aussi l'occasion de se rappeler que dans le bulletin 32 d'avril 2017, un article faisait la rétrospective de la création du CLISP, 30 ans avant !

C'est aussi le dernier bulletin du bureau 2022-2023 avec un renouvellement très proche. Nous sommes donc ravis de vous partager les actions qui ont pu être conduites lors de cette année, poste par poste. A la fin d'une année associative, l'heure du bilan est toujours un moment où l'on ressent un certain honneur à avoir endossé son poste, toujours avec une pointe de tristesse. C'est donc avec joie que nous vous invitons à revenir sur les travaux du CLISP au cours de l'année écoulée.

Au moment où ces lignes sont imprimées, le CLISPro bat son plein.

Ce rassemblement annuel est l'un des moments forts de notre année. Le thème choisi nous pousse à réfléchir à notre rôle en tant que professionnels de santé publique et à l'impact que nous pouvons avoir sur la société et comment nous pouvons avoir cet impact. C'est une occasion unique de rencontrer des professionnels expérimentés qui partagent leurs connaissances, d'échanger des idées, de se confronter au regard d'un jury lors du Prix du CLISPro et de renforcer les liens qui nous unissent à travers le programme social.

Le CLISPro marque également la transition vers l'été, une période propice à la réflexion sur l'attractivité de notre spécialité, au moment où les futurs internes commencent leur réflexion. Comment pouvons-nous inspirer des étudiants à rejoindre nos rangs ? C'est une question cruciale à laquelle nous devons tous réfléchir. L'engagement de toutes les associations locales sur la période estivale permet d'aiguiller, informer, influencer ou même convaincre ceux qui viendront à notre rencontre.

Ce 50^{ème} numéro est un symbole de notre engagement pérenne envers la santé publique. Nous vous invitons donc à plonger dans ces pages sans plus attendre et à vous laisser inspirer par son contenu. Merci pour votre soutien, votre participation active et votre passion qui font du CLISP et de l'internat de santé publique leur dynamisme et leur caractère unique.

Yves Gallien

Vice Secrétaire Chargé des Affaires Nationales

CNISP 2023: BILAN D'UNE ÉDITION 100% PRÉSENTIEL EN POST-COVID

*Propos rédigés par l'équipe organisatrice du CNISP,
composée d'ISP de Bordeaux*



De gauche à droite : Antoine LANUSSE, Kilian TRIN, Victoire MADELINE, Nathan LAGARIGUE, Matisse DELICAP, Alexandre LUCAS et Quentin CHAMON

La préparation du Congrès National des Internes de Santé Publique (CNISP) a été une expérience véritablement enrichissante, tant sur le plan humain que professionnel. Il est rare de pouvoir organiser, dans le parcours d'un interne en médecine, un événement de cette ampleur avec ses co-internes.

Cela a permis de développer des compétences indispensables en santé publique, telles que la communication, la gestion de projet, la prise de décision, la gestion de conflits, etc.

Cette édition bordelaise est née d'une volonté de créer un événement où les internes de santé publique pourraient, de nouveau, se retrouver pendant un temps de formation et de partage en abordant un thème qui a de l'intérêt pour nous.

Réunir les membres de l'équipe organisatrice n'a pas été très compliqué, la cohésion bordelaise faisant, nous nous sommes juste réunis un soir autour d'un verre et l'équipe était déjà quasiment réunie. Il nous semblait important (voire indispensable) que l'équipe qui organise le CNISP réunisse des personnes qui ont confiance les uns envers les autres. En effet, on ne sait pas toujours comment ses co-internes travaillent.

Il est également plus facile d'aborder certains points de divergence avec quelqu'un que l'on connaît... Cette année de préparation aura été pour nous un moyen de nous connaître d'autant plus, d'apprendre à échanger et travailler ensemble dans la bonne humeur.

Par ailleurs, il nous semblait important de relancer cette dynamique de congrès en présentiel. Nous avons été enchantés de vous voir et de pouvoir discuter avec les internes de santé publique venant des différentes subdivisions. Depuis le début de l'organisation de ce congrès, nous avons mis un point majeur à ne réaliser ce congrès qu'en présentiel (sauf cas de force majeur...), afin de pouvoir proposer un programme social de qualité et partager, le temps de quelques instants, les bons moments au sein de notre magnifique ville! Nous avons vraiment passé un agréable moment avec celles et ceux qui ont pu participer aux animations et avons grandement apprécié discuter lors des pauses.

Nous espérons que vous avez passé un bon moment à Bordeaux, lors de ce CNISP 2023!

L'ensemble de l'équipe bordelaise a hâte de vous retrouver lors de futurs événements, tel que le CLISPro!



De gauche à droite : Kilian TRIN, Nathan LAGARIGUE, Alexandre LUCAS, Margot BRUNO, Victoire MADELINE, Valentina GIUGLEA, Quentin CHAMON, Antoine LANUSSE, Guillaume VERDY

UNE ANNÉE AU CLISP: L'HEURE DU BILAN

#Dreamteam

Propos rédigés par le bureau du CLISP

Cette année encore, le CLISP a su répondre présent pour représenter les internes de santé publique, favoriser leur formation, créer du lien et promouvoir notre spécialité.

Depuis la prise de poste du bureau en juin 2022, le CLISP a entrepris de nombreuses actions, dont la campagne estivale de promotion de la spécialité destinée aux futurs internes, l'organisation du séminaire d'accueil des nouveaux internes (SANI), des multiples échanges avec les partenaires (CUESP, SNSP, SFSP, ISNI), le suivi de la réforme du troisième cycle des études médicales, la participation aux journées parlementaires sur la prévention, l'organisation de soirées nationales de présentation des masters 2, FST ou de l'option ADLS, la co-organisation du CNISP avec l'équipe bordelaise, et enfin, l'organisation du CLISPro 2023 pour clôturer en beauté.

Ces actions ont été aussi bénéfiques pour les internes de santé publique comme pour le bureau, qui à partir de ces expériences a pu se développer sur le plan professionnel, établir un réseau et s'épanouir sur le plan personnel. En tant que futurs médecins spécialisés en santé publique, notre participation à des associations nous permet d'acquérir diverses compétences, telles que la gestion d'équipe, la communication, le plaidoyer, la mise en œuvre des projets... Cependant, le rôle le plus important que nous jouons est celui de représentants des internes à l'échelle nationale. Notre objectif est de rendre la santé publique plus visible et de sensibiliser les acteurs du domaine médical et le grand public à son importance.



Pour pouvoir mener à bien ces différentes missions lors du mandat 2022-2023, le bureau s'est doté d'une équipe de choc.

Lucie, chargée de mission Actualités, a d'une part collecté, synthétisé, puis enfin organisé l'ensemble de l'actualité qui a fait le santé publique cette année mais d'autre part, elle a pris le temps d'offrir une nouvelle identité visuelle à ce format de restitution, de manière plus moderne et captivante.

Rémi, quant à lui, ancien webmaster au CLISP, a été chargé du groupe de travail sur l'Attractivité et la promotion de la spécialité, permettant de coordonner, mettre en action et synthétiser les travaux. En plus de la réalisation de vidéos de promotion des médecins, le GT a entre autres publié les résultats d'une enquête sur l'attractivité de notre spécialité.

Kate, chargée de relation EuroNet MRPH, a établi efficacement les liens entre ces deux grandes associations de représentation des internes de santé publique. Multiples projets ont été menés par la French National Commission (le groupe de représentants français d'EuroNet que Kate coordonne) dont des rapports de vulgarisation des systèmes de santé européens, des posts de communication sur les institutions européennes mais surtout ils ont porté la voix des membres du CLISP au sein d'EuroNet.

Carola a été le point de repère des différentes subdivisions qu'elle a coordonné d'une main de maître. Vice-présidente chargée de la coordination avec les représentants de subdivisions, elle a su faire le lien et soutenir les référents des villes, ainsi que les solliciter lorsque cela était nécessaire afin d'adapter les actions du CLISP aux besoins de tous les internes.

Salomé, la personne derrière tous nos réseaux sociaux, a mis dans le spotlight le CLISP grâce à des visuels et des posts qui ont fait rayonner l'association même au-delà des « murs » de notre spécialité (bien qu'ils soient très larges). Une campagne estivale suivie de plusieurs événements qui ont marqué les temps forts du CLISP ont été accompagnés de communications régulières qui ont gardé l'attention de l'audience.

Pol et Audrey, le binôme qui nous propose aujourd'hui le bulletin que vous avez entre vos mains (ou bien sur votre écran) ont fait un travail journalistique qui mériterait les éloges des professionnels de l'information. Avec des entretiens internes et externes au réseau du CLISP ainsi qu'avec des focus sur des thématiques variés, ils ont su attirer nos esprits sur des sujets nouveaux à travers leurs pages.

Eole, a su relever les défis et les enjeux auxquels la trésorerie du CLISP est confrontée au quotidien. Elle a coordonné les actions et les conventions avec les partenaires, en tissant un réseau de ressources et des dépenses qui ont permis de maintenir l'équilibre financier de l'association. Elle a construit des budgets, géré des comptes et a été un pilier fondamental pour permettre à l'association de mener à bien les actions de cette année.

Yves, vice-secrétaire délégué aux affaires nationales a fait le lien avec les instances nationales, dont la SFSP (Société Française de Santé Publique) pour laquelle il est le lien en tout ce qui concerne le congrès de 2023. Il a éclairé les décisions centrales de l'association avec des rapports, il a soutenu les actions du CLISP avec des informations cruciales et a porté la voix des internes sur des multiples thématiques telles que la répartition des postes des internes par subdivision ou encore la reconnaissance des formations complémentaires.

Mais que serait le CLISP sans ses événements ? Chiara, vice-secrétaire chargée de l'événementiel, la tête du SANI et du CLISPro, bien évidemment, mais aussi de la soirée M2 ou encore de celle abordant les FST (Formations Spécialisées Transversales) et OADLS (Option Administration de la Santé). Elle a permis aux internes de vivre des moments forts en formation mais également des temps sociaux uniques entre internes. Elle a été le maillon essentiel entre le CLISP et les internes, en créant des moments qui résonnent dans les mémoires.

Bertrand, notre webmaster depuis quelques années maintenant, est au cœur du site web. Une porte d'entrée clé au monde de la santé publique pour les externes, un véritable lieu de ressources pour les internes et un endroit pour permettre aux partenaires de nous connaître en profondeur, le site web est une ressource centrale du CLISP. Bertrand a assuré une maintenance constante, en publiant les offres d'emploi et en mettant à jour les différentes pages, mais il a également innové avec la création de pages telles que celles des Masters. Grâce à lui le CLISP reste à la pointe de la technologie !

Lucia, "Madame la Secrétaire générale", s'est plongée dans les méandres de l'organisation en étant la garante des procédures, des rapports et des communications internes et externes. Elle a assuré la gestion des documents et l'épuisement des ordres du jour, veillant à ce que chaque chose soit bien à sa place pour permettre la continuité de l'association. Elle a aussi été en étroite collaboration avec le binôme présidentiel sur les sujets plus stratégiques.

Et finalement **Daphnis et Cécile,** le binôme de rêve pour une présidence exemplaire. Avec synergie et dynamisme, ils ont su porter les valeurs du CLISP et surtout la voix des internes auprès des instances telles que le CUESP, l'EHESP, le SNSP, le SMISP ou la SFSP. En tant que soutien et guide de tous les membres du bureau, ils ont su établir une relation de confiance interne mais aussi externe avec les parties prenantes pour créer des alliances stratégiques et une cohésion d'équipe.

Cette année restera gravée dans les mémoires comme une période de réussite et d'épanouissement pour le CLISP. Grâce à une équipe dévouée et passionnée, l'association a pu mener à bien de multiples actions, en représentant les internes de santé publique et promouvant notre spécialité avec brio.

Alors que le mandat touche à sa fin, le CLISP se sent fier de ce qu'il a accompli. Les liens tissés, les actions menées et les objectifs atteints sont les fondements essentiels dans la construction d'un avenir prometteur pour notre spécialité.



Pour que cette expérience continue de porter ses fruits et de guider les futures générations d'internes dans leur parcours vers l'excellence en santé publique, nous avons besoin de vous - intégrez le CLISP !!

ENTRER EN SANTÉ PUBLIQUE APRÈS UN DROIT AU REMORD:

Entretien avec Caroline Clabecq Nouvelle ISP à Brest

Propos recueillis par Audrey Geoffroy, ISP à Paris

NB: L'entretien a été réalisé avant l'entrée effective de Caroline dans l'internat de santé publique, hormis les deux dernières questions qui ont été posées deux semaines après le début de son premier stage

Partie 1 - Avant l'entrée officielle en santé publique

Audrey Geoffroy Bonjour Caroline, merci de nous accorder cet entretien. Quel a été ton parcours avant d'arriver en santé publique?

Caroline Clabecq J'ai eu ma PACES primante en 2015 à Bordeaux. J'ai voulu faire médecine pour devenir cardiologue à la base. Cependant, avec les stages, je me suis rendue compte que la cardiologie ne m'intéressait pas du tout. J'aimais plutôt la néphrologie et la LCA. Pendant un temps, j'avais pensé à choisir la santé publique, notamment en 4e année, mais je ne saurais dire pourquoi cette idée m'est par la suite sortie de la tête. Puis j'ai passé les ECN en 2021. Je n'ai pas pu avoir la néphrologie, alors, déçue, je me suis orientée vers la médecine générale "par défaut". J'ai choisi d'aller à Brest pour plusieurs raisons: ma famille s'y trouvait, je trouvais le Finistère magnifique, et ensuite parce que j'y avais un meilleur classement pour les stages que dans d'autres villes. Ce n'est qu'un an plus tard, après un stage chez le praticien et un stage aux urgences de Quimper, que j'ai décidé de faire un droit au remord vers la santé publique en novembre 2022.

AG Pourquoi avoir choisi la santé publique?

CH Je me plais davantage à envisager la santé dans son versant populationnel plutôt que de voir des patients individuels.

J'avais également un rapport à la mort trop sensible. Les soins palliatifs, bien que passionnants, étaient



pour moi source d'émotions trop intenses. Également, le stress de chaque prescription, la peur de faire une erreur médicale, le fait de devoir prendre des décisions dans l'urgence en moins de 5 minutes, tous ces éléments représentaient des facteurs me faisant sentir de moins en moins à ma place en médecine générale. J'avais envie de pouvoir agir de manière plus concrète que ce que je faisais. J'avais envie de prendre plus de recul et d'analyser les problématiques de santé publique en général. Je m'étais déjà investie dans des projets de santé publique à Bordeaux pendant mes études, notamment par le projet Choquez-nous qui consistait à former la population générale au massage cardiaque. Je suis aussi très intéressée par les thématiques de vaccination, et la crise du Covid-19 m'a fait poser beaucoup de questions sur la gestion de la santé au niveau national.

AG A quelques semaines d'entamer ton premier stage en santé publique, comment perçois-tu la spécialité?

CH J'imagine la santé publique comme une spécialité qui aborde la santé d'un point de vue plus global. Je suppose que j'en ai des préjugés comme un peu tout le monde au début. J'imagine de l'épidémiologie, de la recherche, de la prévention, des politiques de santé, de l'économie de la santé... Je vois la santé publique comme un point de vue davantage populationnel que individuel, même si j'ai cru comprendre qu'il existait des stages encore clinique comme en PMI par exemple. Ce qui m'intéresse le plus pour le moment est la promotion de la santé et l'épidémiologie. Mais je me laisse le temps de découvrir le vaste domaine qu'est la santé publique avant de vraiment me positionner.

AG As-tu des craintes particulières?

CH J'ai surtout peur de ne pas avoir le niveau, d'avoir tout oublié en statistiques et en épidémiologie, d'avoir du retard par rapport aux autres 2^e semestres, de ne pas m'en sortir en stage. J'ai peur également de me sentir seule dans ma ville. En effet, je suis la seule interne à Brest depuis des années. Même dans les promotions du dessus, le poste n'a jamais été pourvu. J'ai donc l'appréhension d'être seule et de ne pas avoir de co-internes. Heureusement, les internes de l'ISPO (internes de santé publique de l'ouest) m'ont très bien intégrée à leur petit groupe ! Je peux aller les voir à Rennes régulièrement. Mise à part ces deux craintes (ne pas avoir le niveau et être seule), j'ai très hâte de commencer au DIM le 2 mai.

AG Peu avant le début de ton nouveau DES, tu as participé au CNISP et rencontré beaucoup d'ISP de toute la France. Quel retour peux-tu nous en faire?

CH J'ai adoré. C'est la première fois depuis longtemps que j'ai enfin trouvé un domaine qui m'intéressait. Au congrès, j'ai aimé toutes les discussions, y compris celles en dehors des séminaires, et tous les thèmes abordés. Les conférences m'ont beaucoup plu. Je les ai trouvées très variées et pas du tout redondantes. J'ai appris énormément. Ça m'a également fait beaucoup de bien de rencontrer tous les internes de santé publique, de pouvoir discuter de leurs stages. Cela m'a permis d'avoir une vision plus globale de la santé publique.

Partie 2 - Les premiers pas en santé publique

AG Tu as maintenant commencé tes premières semaines de stage. Comment ça s'est passé, et quelles ont été tes premières missions ?

CH Ça s'est vraiment très bien passé. Je suis donc au DIM (Département d'Information Médicale) de Brest, et j'ai principalement deux choses à faire : une partie de ma journée consiste à faire du codage PMSI, et l'autre partie à faire des requêtes de bases de données en SQL, en R et en Python, pour de la recherche. Pour le moment j'ai encore de la formation à faire, j'ai quelques missions, je prends le temps de tout découvrir, de passer un peu de temps avec chaque métier du service, notamment avec les TIM codeurs (Techniciens d'Information Médicale). Je passe également beaucoup de temps avec les statisticiens car cela m'intéresse beaucoup.

AG Y a t-il des choses qui t'ont surprise, ou au contraire ton expérience correspond à ce que tu t'imaginait ?

CH J'ai dû faire beaucoup de lectures et de formation au début. Il y avait pleins d'acronymes que je ne comprenais pas. J'ai finalement pas mal de choses à faire, il faut que je crée mon emploi du temps car on me laisse libre de comment organiser mes journées. Dans l'ensemble cela correspond à ce à quoi je m'attendais. Je suis contente de voir qu'il y a pleins de statistiques à faire. Les requêtes en SQL sont difficiles au début, c'est ce avec quoi j'ai eu le plus de mal, mais avec le temps on s'habitue. Et puis ça m'intéresse énormément alors je ne vois pas le temps passer. Je me sens à ma place.

AG Que dirais-tu à des externes ou internes de d'autres spécialités, à propos de la spécialité santé publique ?

CH C'est une spécialité très transversale, on continue largement d'y faire de la médecine. Pour le moment ce que je fais ressemble plutôt à un travail de bureau, derrière un ordinateur. Moi ça me convient parfaitement. Je ne peux parler que du métier DIM car c'est le thème de mon stage. Je dirai que c'est un métier qui permet de voir "l'envers du décor" de l'hôpital, comment sont facturés les séjours, comment sont optimisées les données pour la recherche... On continue de lire les comptes rendus médicaux, et ça nous fait passer par toutes les spécialités, y compris de la réanimation. En résumé la santé publique est un domaine très vaste, avec pleins de métiers et débouchés différents, dont le DIM en fait partie.

LE PLAIDOYER EN SANTÉ, OU REPRÉSENTER LES INTÉRÊTS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Entretien avec Cyrille Bertin, directeur associé de France Plaidoyer et directeur pédagogique du Diplôme Influence et Plaidoyer

Propos recueillis par Audrey Geoffroy et Pol Prevot-Monsacré, ISP à Paris

Audrey Geoffroy Bonjour Cyrille, merci de vous accorder cet entretien. Pour commencer, quel est votre parcours?

Cyrille Bertin J'ai un parcours un peu chaotique, qui s'est construit exclusivement dans le milieu associatif, principalement dans le secteur médico-social, mais aussi dans l'éducation populaire et la culture. Le dernier poste que j'ai occupé, comme salarié d'une association était chez Wikimedia France en qualité de secrétaire général. Le projet France Plaidoyer s'est d'ailleurs monté avec Nathalie Martin, qui était directrice générale de Wikimedia France.

Mon cursus académique est plutôt orienté « gestion » : en économie-gestion dans un premier temps, en stratégie des organisations ensuite, puis en gestion des ressources humaines. J'ai démarré une thèse en socio-économie, sans jamais la soutenir... Je me suis ensuite formé aux affaires publiques, plutôt au niveau européen, bien que je ne sois allé à Bruxelles qu'une semaine seulement, pendant mes études.

AG Justement, pouvez-vous nous parler davantage de France Plaidoyer ?

CB Quand j'étais chez Wikimedia, on cherchait des cabinets pour soutenir nos campagnes.

Ils étaient très chers par rapport au budget de l'association. De plus, dans le secteur associatif nous fonctionnons avec plusieurs instances : le conseil d'administration, la direction, des instances plus opérationnelles, avec des bénévoles. Nous avons des comptes à rendre à tout le monde. Finalement, nous n'avons pas trouvé de cabinet de lobbying qui accepte de nous accompagner avec nos contraintes. On s'y est donc formés et on a fait nos campagnes pour Wikimedia nous-mêmes.

Pour la création de France Plaidoyer, nous sommes partis du constat que les associations faisaient très peu de lobbying, et quand elles pensaient en faire, elles le faisaient très mal. Cela a été confirmé avec le passage de Nathalie et Emeric (respectivement Directrice associée et Président de France Plaidoyer) à l'Assemblée Nationale comme attachés parlementaires. Ce qu'ils recevaient des associations étaient de piètre qualité et ne pouvaient donc pas influencer, ne serait-ce qu'un petit peu, sur l'élaboration des lois. On a décidé de monter le cabinet en se disant que par de la formation ou par du conseil, on essaierait de faire en sorte que les associations aient plus de poids auprès des décideurs.



PPM: **Votre accompagnement au plaidoyer est-il tourné sur une thématique particulière ou travaillez-vous sur des projets ou campagnes issus de champs variés ?**

CB La spécificité de France Plaidoyer c'est de ne s'adresser qu'à des acteurs non lucratifs : des associations, des ONG, des acteurs de l'économie sociale et solidaire. Au départ avec l'ambition d'être un cabinet de conseil très classique, et puis on a constaté qu'il y avait une vraie demande en formation. De plus, les quelques financements qu'on pouvait obtenir étaient principalement destinés au montage de formations. Et c'est cohérent car les associations veulent être autonomes.

Pour cette même raison, nous faisons très peu de « relation décideurs » aujourd'hui. On accompagne les associations sur l'élaboration de leurs campagnes, mais ce sont elles qui vont au front, car un président d'association (ou un DG) tient le plus souvent à garder cette relation directe avec les décideurs.

AG **Vous évoquez justement les termes de « relation aux décideurs », de « campagne »... Pouvez-vous revenir sur ce qu'est le plaidoyer pour vous ? Est-ce la même chose que de faire du lobbying?**

CB C'est un débat sans fin. Quand on donne une définition de ce qu'est le plaidoyer, les acteurs du lobbying s'évertuent à se draper dedans.

Pour faire court, on attribue communément le lobbying au secteur privé lucratif, alors que l'on fait du plaidoyer si l'on œuvre pour autrui.

Je m'explique : un cabinet ne fait évidemment pas du lobbying pour lui-même, il le fait pour un client. Toutefois, ça n'est pas ce que j'appelle « faire campagne pour autrui ».

En revanche, si la Fondation Abbé Pierre, par exemple, fait du « lobbying », ce n'est pas pour la fondation Abbé Pierre, pas pour ses salariés ni pour ses administrateurs, mais pour les bénéficiaires de la fondation. A vrai dire, la Fondation Abbé Pierre ne sort pas grandie de sa campagne. Elle va juste permettre d'améliorer le cadre légal de son action ou la prise en charge de ses bénéficiaires. Si on parle de Greenpeace, les bénéficiaires sont la faune, la flore, l'environnement...c'est ce que j'entends par faire du lobbying pour autrui. C'est ce que j'entends derrière le terme de plaidoyer.

En gros, lobbying et plaidoyer recouvrent peu ou prou les mêmes pratiques, mais dans ma vision, le lobbying vise à améliorer les profits d'une entreprise ou la possibilité d'en faire, alors que le plaidoyer va essayer d'améliorer la situation du bénéficiaire d'une association.

PPM **Ca me semble bien clair ! On sent bien en même temps que cette définition peut vite être dévoyée, remaniée à son avantage.**

CB Totalement, c'est le grand jeu des acteurs du lobbying de dire que lobbying et plaidoyer sont les deux facettes d'une même activité, que les lobbyistes font du plaidoyer et les acteurs du plaidoyer font du lobbying... Ainsi tout se vaut. Rien n'est vraiment sale, ni vraiment noble.

Je m'en accommode... et je sais pour qui je travaille.

PPM Quels grands types de méthodes déployez-vous, sous ce terme ? J'imagine qu'on peut faire du plaidoyer scientifique avec des études à monter, du plaidoyer juridique en allant au contentieux en agglomérant un ensemble de cas individuels qu'on porterait à la justice, ou bien par une méthodologie tournée plutôt vers les médias, ou bien par l'action...

CB On va utiliser les mêmes méthodes que les acteurs du lobbying, à peu de choses près. Il existe une différence, malgré tout, assez significative entre lobbying et plaidoyer : dans le plaidoyer, remporter l'avis de l'opinion publique est plus facile, on peut se reposer dessus. A contrario, si je suis un industriel polluant, ça sera compliqué d'avoir le soutien de l'opinion publique dans ma campagne. Il y a donc cette couleur particulière dans la campagne de plaidoyer.

Sur les méthodes, comme chez les acteurs du lobbying, on est friands d'enquêtes bien menées, de recherches bien ficelées, qui vont cautionner notre démarche. Tous les moyens sont bons à prendre, en fonction de l'acteur qu'on va représenter, de son environnement.

AG Pouvez-vous nous en dire plus sur les méthodes pour construire une campagne de plaidoyer ?

CB La première méthode est la veille. Elle va permettre de détecter des opportunités à agir, de savoir comment évolue l'opinion publique, celle des décideurs. Ensuite il y a la cartographie pour savoir qui est susceptible d'être à nos côtés, qui l'on peut rencontrer, qui seront nos opposants, quels décideurs vont nous prêter attention, ou vont nous fermer la porte. Puis il y a l'élaboration d'un message, qui soit audible du grand public ou des décideurs.

Il faut souvent mener des auditions, le grand classique étant des auditions au parlement. L'outil clé est la note de position qui arrive quand la campagne est déjà bien enclenchée, car il faut être parfaitement au clair avec le message qu'on veut délivrer. Elle va permettre d'accrocher les décideurs qu'on souhaite acquiescer à sa cause.

AG En plus d'une campagne de mobilisation des communautés, par exemple sur les réseaux sociaux ou grâce à des événements.

CB C'est ça. Dans la cartographie, on peut identifier qui pourrait faire partie d'une coalition, étape déterminante pour évaluer la force de frappe possible. Mais cela peut aussi se transformer en contraintes, surtout dans le secteur associatif. Il va en effet falloir fédérer et mettre d'accord des acteurs portés sur un même combat, qui se sont souvent créés dans la fracture, le désaccord : il existait une première association, puis, suite à des divergences, une petite sœur s'est créée puis d'autres, avec des lignes de divergences parfois très entretenues. Dans un même secteur, on peut compter 10 associations semblant bien distinctes, dont vous vous apercevez progressivement qu'elles proviennent toutes de la même. On peut se retrouver avec des conflits d'égo majeurs au sein des différentes associations, alors qu'il y a une seule et même cause à défendre, sur laquelle toutes les associations sont d'accord. Ça rejoint l'histoire du syndicalisme en France.

AG Chacun a son intérêt à défendre, au-delà de l'intérêt général qui est le but premier et final d'une campagne de plaidoyer. Il faut savoir également aller dans l'intérêt particulier de l'association cliente, voire de la présidence de l'association.

PPM En ce sens, le plaidoyer dans le milieu associatif, souvent morcelé, n'a rien à voir avec du lobbying dans le secteur privé où on est tous d'accord dans l'objectif de faire du chiffre : l'intérêt général est à géométrie variable, il se discute, il n'est pas forcément le même pour tout le monde. Finalement, la première étape - ou la dernière ! - du plaidoyer, est peut-être de tomber d'accord sur une position commune à défendre entre acteurs associatifs d'un même sujet.

CB Vous avez parfaitement raison sur le fait que le secteur privé lucratif ne rencontre pas ces difficultés-là. Quand le Nutriscore est sorti, tous les producteurs agroalimentaires étaient d'accord sur le fait qu'il ne fallait pas que ça apparaisse, ou en tout petit, ou en noir et blanc... Peu importe de quelle entreprise on parle (Kellogs, Nestlé...). C'est un syndicat regroupant tous ces acteurs qui va aller au front mener une campagne pour supprimer le Nutriscore en fédérant sans problème des acteurs qui sont concurrents dans les supermarchés. Dans l'associatif, il n'y a pas l'appât du gain pour fédérer tout le monde. C'est à la fois ce qui fait la noblesse de la campagne, mais aussi le problème.

AG En parlant du Nutriscore abordons de plus près le sujet du plaidoyer en santé. Quelles seraient selon vous les spécificités du plaidoyer dans ce domaine ? Avez-vous des exemples de campagnes menées dans ce champ ?

CB Pour illustrer les dissensions au sein du tissu associatif, et plus spécifiquement dans le monde de la santé, je prendrais un cas dont parlait récemment un responsable du plaidoyer de France Assos Santé : le cas des insuffisants rénaux où 2 grands acteurs associatifs qui vont s'ériger en défenseurs des intérêts des patients : la première est Renaloo, association faisant une forte promotion de la greffe en mettant en avant la nécessité, quel que soit le profil d'insuffisance rénale, d'être inscrit sur une liste de greffe pour tenter coûte que coûte d'obtenir un greffon, seule planche de salut pour ces pathologies.

D'un autre côté, on retrouve l'association France Rein pour qui il est illusoire de vouloir greffer tout le monde et est davantage sur une ligne de mise en avant de la dialyse comme seule solution viable, à défaut de pouvoir greffer.

Les 2 associations, alors qu'elles défendent les intérêts d'un même public, le font sous 2 modalités différentes au risque de se retrouver en situation de conflit. Avec potentiellement des intérêts économiques derrière (la greffe rénale étant une thérapie se voulant radicale et définitive alors que la dialyse est un dispositif suspensif destiné à maintenir à flot un système grâce à des séances pluri-hebdomadaires, contraignantes pour le patient et onéreuses, mobilisant des moyens matériels et humains importants).

Plusieurs avis d'associations de patients peuvent ainsi co-exister sur la question des indications et de la place de chaque thérapeutique, rendant délicate la position de France Assos Santé censée représenter ces différents acteurs.

AG J'ai également assisté à un certain nombre de désaccords dans le champ de la précarité entre des associations historiques telles que Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières, qui visent un même objectif final mais qui promeuvent des moyens et des stratégies très différents pour y parvenir...

CB Quelle que soit la stratégie employée, il convient aussi de souligner qu'une campagne de plaidoyer n'est pas une fin en soi et que son succès éventuel est quelque chose de tout relatif. On ne réussit jamais à atteindre pleinement l'objectif qu'on s'était fixé au départ, relevant finalement plus de la situation optimale et idéale vers laquelle tendre que d'un objectif réaliste.

Mais quelle que soit l'issue de la campagne, on annonce qu'on a gagné. D'une part parce que l'on gagne toujours quelque chose, d'autre part car en capitalisant sur une victoire, on entame d'un bon pied le coup suivant. Ensuite, il est essentiel de continuer à fédérer ses troupes, garder leur motivation entière parce que, bien entendu, le plaidoyer n'est qu'une étape, et les avancées obtenues doivent être entretenues pour s'inscrire dans le temps.

Si l'objectif de la campagne n'a pas pleinement été atteint, il faut savoir se montrer patient. Le plaidoyer est une bataille de longue haleine, un processus itératif qui s'inscrit dans le temps long.

PPM Mais donc pour vous, il n'y a pas de grosses différences méthodologiques qu'on soit dans le cas d'un plaidoyer en santé ou dans un autre champ ? Par exemple, dans la façon de faire passer des messages de santé au grand public, dans le rapport aux décideurs...

CB Non pas spécialement au final. Cela dit, les associations de patients, et certainement beaucoup d'autres associations de santé, présentent un vrai avantage par leur dimension nationale, avec un rayonnement sur l'ensemble du territoire Français, puisqu'on trouve souvent des patients ou membres de l'association un peu partout. Si l'association entretient son réseau, quand on lance une campagne, on peut la déployer sur toute la France très facilement.

Il s'agit alors de briefer les acteurs locaux pour qu'ils interpellent leur représentant politique de circonscription (sénateur, député, attachés parlementaires...) qui, du fait de la proximité, pourront facilement accéder à leur demande de rendez-vous. Ce passage par l'échelon local facilite largement l'accès aux décideurs, par rapport à des sollicitations d'entretiens directement adressées à l'assemblée nationale. C'est donc une vraie chance de disposer d'un réseau national (dans la mesure où il est entretenu et animé) pour faire ce plaidoyer de façon décentralisée, ce qu'on retrouve fréquemment dans les associations de patients.

AG Rappelons à ce titre que le plaidoyer peut être à tous les échelons, du local à l'europpéen en passant par la région et le national.

CB Exactement ! A tous les endroits où des décisions sont prises finalement.

PPM Quelles formations au plaidoyer conseillerez-vous à des professionnels de la santé publique ?

CB Des formations existent en formation initiale, via des Masters 2 en affaires publiques telles qu'en proposent les Instituts d'Études Politiques, ou bien certaines universités comme Dauphine ou l'ICP qui proposent de très bons cursus.

En revanche, s'agissant de formation continue, en un an et donc très pragmatique, tournée vers le champ de l'économie sociale et solidaire, le monde associatif et les ONG, le diplôme « Influence et plaidoyer » (dont, précisons-le, je suis directeur pédagogique) est le seul que je connaisse.

AG Une dernière question sur le lobbying au niveau Européen, connaissez-vous ses spécificités ?

CB Je connais très mal. Je n'ai jamais eu l'occasion de m'y investir, mais c'est séduisant.

Il faudrait s'implanter à Bruxelles, et cela représente un investissement non négligeable.

Cela dit, toutes les associations de patients qu'on peut trouver en France existent à cette échelle supranationale, c'est sur elles qu'on va s'appuyer pour mener des campagnes au niveau Européen.

PPM et AG Merci beaucoup de nous aider à y voir plus clair dans ce vaste thème champ du plaidoyer en santé. On n'a pas forcément cette culture dans la santé et on gagnerait certainement à affûter nos armes en la matière pour mieux s'adresser aux décideurs.



LE PLAIDOYER À MÉDECINS DU MONDE

Entretien avec Juliana Veras, coordinatrice de plaidoyer Prix du Médicaments

Propos recueillis par Audrey Geoffroy, ISP à Paris

AG Bonjour Juliana, merci de nous accorder cet entretien. Peux-tu nous raconter ton parcours?

JV J'ai fait des études en droit au Brésil, mon pays d'origine. Après avoir un peu travaillé en tant qu'avocate, j'ai fait un master en santé publique et sciences sociales à l'université de Linköping, en Suède, et à l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales à Paris. Pendant mon doctorat j'ai commencé à travailler sur les questions de propriété intellectuelle et d'accès aux médicaments, dans le cadre de ma thèse sur l'expérience brésilienne dans la lutte contre le sida. Ce qui m'intéressait c'était de comprendre tout ce qui se passait au Brésil en termes de batailles juridiques dans le champ de la propriété intellectuelle pour accéder aux traitements contre le VIH/sida, notamment l'activisme juridique des associations de patients, ainsi que la mobilisation industrielle pour la production locale de versions génériques de ces traitements. C'est là que j'ai connu le monde associatif. J'ai intégré l'association Universités Alliées pour les Médicaments Essentiels (UAEM), une association internationale de jeunes étudiants qui travaillaient sur l'accès aux médicaments à partir de l'université et de la valorisation de la recherche. Cette expérience était très riche. Quand j'ai soutenu ma thèse, l'opportunité de travailler à Médecins du Monde (MdM) est venue. Je coordonne à présent le plaidoyer prix du médicament et systèmes de santé depuis mars 2020

AG Comment es-tu arrivée à ton poste actuel? Comment t'es-tu formée au plaidoyer?

JV J'avais fait connaissance avec MdM pendant ma thèse et grâce à mon engagement à UAEM. Leur travail est admirable, ambitieux et techniquement solide.

MdM était la seule ONG véritablement engagée sur les oppositions aux brevets en Europe, sous un angle d'accès au médicament.



Puisque je vivais désormais en France, c'était pour moi l'opportunité d'apprendre ce qui se passait en France et en Europe. J'étais entourée de personnes brillantes et très inspirantes, qui m'ont formé, notamment sur les questions de plaidoyer, car, si j'avais en effet des connaissances sur cet activisme, je découvrirai une autre réalité. J'avais des compétences techniques, mais mon expérience avec le plaidoyer venait de mon envie de faire des choses, de changer le monde. J'avais réalisé des activités au sein de UAEM, mais il me manquait la méthode. Je me suis formée sur le tas et j'estime que je suis toujours en train d'apprendre. C'est très enrichissant de pouvoir co-construire avec les collègues et les bénévoles. J'aime beaucoup le travail collectif, même si, cela demande beaucoup d'autonomie et d'être force de propositions.



AG Médecins du Monde est une ONG internationale de santé publique qui est assez connue pour ses activités de plaidoyer. L'une d'elles a été, la création et la diffusion d'affiches "choc" dénonçant des prix exorbitants lors de la mise sur le marché du sofosbuvir (médicament curait de l'hépatite C), en 2014 dans un contexte où même des systèmes de santé occidentaux ne pouvaient l'acheter. Quelles étaient les coulisses de cette campagne, comment s'est-elle construite et a-t-elle fonctionné?

JV Pour moi, cette campagne était un véritable mythe, qui a marqué les esprits. MdM avait à l'époque changé les termes du débat sur la propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments en Europe. C'est devenu un grand point de repère pour tout le monde sur ces sujets. La question de l'accès aux antiviraux à action directe était un véritable problème au sein des programmes de réduction de risques de MdM. Cette campagne s'est construite grâce à quelques personnes qui ont porté ce plaidoyer au sein de la maison, des personnes qui venaient de la lutte contre le sida et de la réduction des risques, qui connaissaient les enjeux et les confrontations avec les laboratoires pharmaceutiques. Les messages avaient été construits avec une agence et les coordinateurs du plaidoyer. Il y a eu beaucoup de pédagogie et une grande mobilisation interne auprès des bénévoles, vraiment d'aller rencontrer les terrains. La campagne d'affichage sauvage avait été largement reprise et toutes les personnes ayant participé à ce moment les revivent avec beaucoup de passion.

On raconte que le LEEM (Les Entreprises du Médicament) avait essayé de boycotter la campagne dans les métros de Paris et que cela a donné encore plus de force à nos messages auprès des médias.

Cette expérience est très rare car le plaidoyer sur les prix des médicaments devient vite très technique et on a du mal à toucher le grand public. Mon profil, par exemple, est très technique. Et là c'était complètement atypique. Je me souviens que Olivier Maguet (spécialiste des questions relatives aux brevets de médicaments et de la propriété intellectuelle) avait pris le micro en plein Solidays et passait le message "nos vies n'ont pas de prix" qui avait été repris par la foule. Dans le même temps, MdM était appelé à participer à de nombreux débats publics. Je crois que le désir de faire vivre cette thématique était vraiment collectivement partagé.

AG Dans ta pratique, as-tu facilement obtenu des rendez-vous avec des décideurs et ont-ils été fructueux?

JV Je pense que cela dépend. Nous travaillons en coalition de cause et le plus souvent nos demandes de rendez-vous se font avec nos associations alliées. Je crois que quand on fait du plaidoyer on essaye d'être très stratégiques dans les rendez-vous avec les décideurs. On a toujours un moment d'échange entre nous pour coordonner nos prises de parole et nos revendications. Nous avons déjà eu des demandes de rendez-vous qui ont été complètement ignorées, et des rendez-vous inattendus:

pendant la pandémie, les associations avaient rencontré le Président de la République, qui avait repris quelques-uns de nos messages sur l'accès aux vaccins Covid-19.

Après, cela déclenche un autre processus, qui est celui de suivi car les engagements ne sont pas tenus.

AG Quels sont selon toi les principaux défis à relever, quand on fait du plaidoyer?

JV Je pense que c'est penser le cycle du plaidoyer dans son ensemble et le porter collectivement. Parfois, il faut savoir évaluer dans quelles actions on peut s'engager pour ne pas se noyer. Les besoins sont tellement nombreux et malheureusement on ne peut pas tout faire. Après, une fois qu'on est dans un processus, il y aura toujours des défis, des échéances, des choses où l'on se sent plus ou moins confortables et confiants comme parler aux médias, rencontrer un décideur, écrire une tribune, ou écrire un policy brief. Quand j'ai commencé à travailler à MdM, je ne me sentais pas à l'aise de rencontrer les journalistes et n'avais aucune notion de comment écrire une tribune. Et c'est là qu'il ne faut pas hésiter à être honnête avec soi-même, échanger avec les collègues qui sont là pour te soutenir, collaborer avec le service communication, car ils ont de très bonnes compétences pour donner une forme au texte.

La force du travail collectif est qu'on réussit à être complémentaires et à apprendre les uns des autres.

Après, si on rate quelque chose, on apprend à se relever. J'estime que j'ai une grande chance d'avoir trouvé un espace de travail où je peux vivre ce type de relations. J'ai des collègues vraiment admirables.

AG Quelle est la position de MdM dans le monde des ONG de santé publique? Comment créer et gérer une coalition d'associations?

JV Je pense que MdM occupe une place très singulière dans le monde associatif. Nous travaillons toujours en binôme entre salariés et bénévoles ce qui rend le travail plus riche. Bien sûr, je le vois beaucoup plus clairement dans ma thématique, où nous nous sommes engagés dans un terrain très hostile pour des acteurs de la société civile en nous invitant à des terrains qui n'étaient pas conçus pour le débat citoyen, mais façonnés par l'idéologie marchande du secteur pharmaceutique, comme l'Office Européen des Brevets. Le travail en coalition d'associations est ce qui nous permet d'être plus forts et audibles.

Le travail interassociatif n'est pas toujours facile, car il demande beaucoup de coordination et idéalement une anticipation des processus, en coordination avec nos respectives associations.

Pour que le travail soit fluide il faut assurer une bonne communication avec les alliés et une bonne communication en interne. Chaque association a son propre circuit de validation, et en fonction de la taille de l'organisation, cela peut être plus ou moins long, alors que parfois il faut qu'on soit réactifs si on veut avoir un impact. Je pense que pour bien travailler en interassociatif, il faut créer une bonne relation de confiance avec nos alliés. Ce n'est pas toujours facile. Dans mon parcours, j'ai pu participer à plusieurs collectifs qui ont duré plus ou moins de temps, mais il y a toujours un noyau dur, un cercle plus restreint d'alliés avec qui la collaboration est naturelle, bien que nous ayons des projets associatifs différents.

AG Selon toi, à quel point le plaidoyer est un bon levier pour améliorer les systèmes de santé publique?

JV Si j'ai décidé de faire du plaidoyer c'est parce que j'y crois (rires). Nous avons des échecs, c'est sûr, et c'est normal que l'énergie baisse. Nous sommes tous humains. Nous portons des idéaux société très forts, nous avons de très grands objectifs à atteindre. Je vois autour de moi des personnes très passionnées par les plaidoyers qu'elles portent. Mais il ne faut pas s'épuiser, car nous avons tous une vie à nous, au delà de la cause que nous défendons. C'est pourquoi la méthode est importante, bien s'entourer est important, célébrer les petites victoires est extrêmement important. Nous traversons une crise historique du système de santé. Cette crise est ressentie par les citoyens.

Ce moment de crise est paradoxalement une opportunité pour faire passer nos messages de défense du système de santé.

Le plaidoyer a un rôle fondamental à jouer.



BULLETIN 50

- DOSSIER SPÉCIAL -

L'histoire de la médecine de santé publique



L'HISTOIRE DU DES DE SANTÉ PUBLIQUE EXPLIQUÉE

Entretien avec Louise Bourdel, Médecin de santé publique à la Mutualité sociale Agricole, auteure d'une thèse sur l'histoire de la création de la filière de santé publique

Propos recueillis par Pol Prévot-Monsacré, ISP à Paris

Pol Prévot-Monsacré **Merci beaucoup d'avoir accepté cet entretien. Pourrais-tu, comme le veut la tradition en début d'entretiens du bulletin, te présenter succinctement ?**

Louise Bourdel Je suis de la promotion 2015 de l'internat de santé publique à Paris.

J'avais fait médecine au départ pour faire de la recherche, et il se trouve que j'ai une tante qui est une des premières internes de santé publique, donc j'ai été un peu aiguillée vers cette voie...! Pour autant, je n'avais qu'une vague idée de ce qu'était la santé publique en commençant. J'ai choisi de démarrer par un stage en épidémiologie, tout à fait classique pour quelqu'un qui veut faire de la recherche, et ça a été un peu la douche froide. J'ai donc essayé de chercher ailleurs. Je suis arrivée au CLiSP en deuxième année en tant que secrétaire, et n'ai plus quitté l'association jusqu'à la fin de mon internat. Cela m'a donné pleinement conscience des vastes possibilités qui s'offraient à nous avec cette spécialité et notamment tout le champ des politiques publiques de santé auquel je n'avais pas forcément pensé au début, qui m'a rapidement beaucoup plu. J'ai donc orienté la fin de mon internat dans ce domaine.

Deux choix émergeaient au terme de mon internat : un poste au ministère de la santé et une autre offre à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) d'Île de France.

J'ai choisi le poste à la MSA pour son approche territoriale. Je voulais en effet débiter ma carrière de médecin de santé publique par du terrain.

La MSA est le 2ème régime de protection sociale derrière le régime général, elle couvre l'ensemble du monde agricole, soit environ 4% de la population, pour toutes les branches. Je travaille notamment sur les problématiques d'accès aux soins dans les zones rurales franciliennes, ce qui me permet d'être en contact avec des Maisons de santé pluridisciplinaires ou des Communautés professionnelles territoriales de santé. L'attention accordée aux zones rurales est aussi une particularité de la MSA. Je travaille aussi sur tout le volet prévention auprès de cette population et un petit peu sur les questions de gestion du risque, aux côtés de l'assurance maladie.

PPM **C'est donc une approche qui lie action territoriale avec une dimension inégalités sociales de santé.**

LB Je fais de la politique publique, mais locale. J'ai voulu commencer à cette échelle pour mettre un peu les mains dans le cambouis pour peut-être ensuite passer à une échelle plus « macro ». L'idée est de garder une vraie proximité avec les acteurs pour appréhender au mieux les difficultés locales : on rencontre les gens, on travaille avec les professionnels de santé, on est partie prenante dans des contrats locaux de santé par exemple...

PPM Tu as écrit ta thèse sur l'histoire de la création du DES de santé publique, comment es-tu arrivée à ce sujet original et passionnant ?

LB C'est un petit concours de circonstances qui m'a poussé à écrire cette thèse finalement.

Pour les 30 ans du CLiSP, la présidente de l'époque était venue me voir et m'a partagé son idée de fouiller les archives de l'association pour retracer son histoire.

La proposition me plaisait, d'autant que ma tante était, comme je le disais, l'une des premières internes du DES, ayant elle-même participé à la création de l'association ; cela me donnait un point de départ intéressant. Je me donc suis lancée dans des petits entretiens avec trois des premiers internes qui avaient également participé au lancement du CLiSP. C'est comme ça que ça a commencé.

Et puis, comme beaucoup d'internes, je me suis longtemps posée la question de l'identité des médecins de santé publique (Qui on est ? Pourquoi on est là... de vastes questions existentielles !) mais en faire mon sujet de thèse aurait été trop complexe. Et il s'avère que sur la création de la spécialité en elle-même, il n'y avait jamais eu aucun travail de fait. Bruna Alvez De Rezende avait déjà fait quelques années plus tôt une thèse ("La formation des internes de santé publique de France", 2010. Consultable ici: <http://files.clisp.fr/travaux/theses/enqueteDES.pdf>) sur la formation des internes avec quelques recherches en introduction sur l'histoire du DES mais il y avait matière à explorer plus le sujet.

L'idée, c'était d'avoir une approche sociologique et d'aller rencontrer directement les initiateurs, pour certains plus tout jeunes (certains étaient malheureusement déjà décédés au moment où j'ai débuté les entretiens). Je souhaitais créer du matériel et conserver les documents, les traces que je trouvais pour créer un matériel réutilisable et consultable pour la spécialité.

Les entretiens que j'ai réalisés sont beaucoup plus étoffés que la thèse en elle-même, je les tiens à disposition des internes qui veulent s'intéresser au sujet... J'ai aussi récupéré et classé toutes les archives, donc il y a pas mal de matériel autour de la période de création du DES [début des années 1980], que je serai ravie de partager pour d'autres sujets de thèse !



Louise Bourdel

PPM Justement, je trouve que ta thèse nous éclaire très bien sur l'identité des internes de santé publique... Rien de tel que de se mettre sur les traces historiques, revenir sur la volonté de départ lors de la création de la filière pour répondre aux questions existentielles !

LB Oui pour moi aussi, c'est toujours important de savoir d'où on vient. C'était un peu l'esprit de la thèse. D'autant que le premier contact qu'on a quand on arrive en santé publique, c'est le séminaire d'accueil des nouveaux internes, avec nos aînés qui nous guident et essaient d'être cadrants, l'envie de bien faire et de nous rassurer en projetant la vision la plus claire et la plus définie possible de la spécialité, des parcours tout tracés... Mais finalement, je me suis rendue compte qu'à la fin de l'internat, tu ne sais toujours pas ce que c'est que la santé publique... Enfin, c'est tellement large ! Formuler une définition de la santé publique pourrait être l'objet d'une thèse en soi. De nombreux sujets liés à l'identité du médecin de santé publique découlent de cette thèse, et d'une certaine façon, on peut dire qu'elle soulève plus de questions qu'elle ne donne de réponses.

Il faut préciser aussi que j'avais la volonté de rester dans un travail très descriptif, très factuel. J'ai interrogé des gens qui avaient une vision - pas tous la même d'ailleurs - et je rapporte des dialogues ; je m'en tiens là, je n'interprète pas, je ne donne pas mon avis.

PPM Il faut dire que le contenu et l'histoire, la mise en récit que tu arrives à en faire en articulant et en donnant une cohérence à l'ensemble des propos rapportés se suffisent à eux-mêmes je trouve. Peux-tu nous en dire plus sur la méthodologie employée ?

LB Je voulais vraiment faire de l'approche sociologique dans ma thèse, parce que je n'en ai pas fait de mon internat... Donc j'ai suivi une méthode qualitative pour les entretiens qui étaient semi-directifs. En ce qui concerne la recherche d'archives, j'ai eu du mal à trouver une méthodologie particulière, n'étant pas entourée d'historiens. Mais j'ai pu m'appuyer sur le personnel et le site des archives nationales, qui expliquent bien comment s'y prendre. On nous amène des cartons et on feuillette, on feuillette, on lit, on recopie... Sans « contrôle F » ! Donc j'ai vu, j'ai lu plein de choses et j'ai pris pas mal de notes; donc encore une fois, pour des internes ou d'autres... il y a du matériel !. Donc pas facile de prime abord sans être ni sociologue ni historienne mais je m'en suis sortie au final, en étant bien entourée par mes directeurs Cécile Fournier [médecin de santé publique sociologue à l'Irdes] et Frédéric Dugué. L'idée n'était de toute façon pas de faire de l'histoire à proprement parler, mais de chercher, fouiller et trouver les informations intéressantes, et ça on sait faire... C'est une sorte de biblio des années 80 en fait !

PPM Tu fais une grosse partie sur le contexte de création de la filière en remontant jusqu'aux années 60. Peux-tu nous en parler un peu ? Qu'est-ce qui existait dans le champ médical pour traiter de la santé de population ?

LB En fait, cette question-là est finalement venue après, je ne l'avais pas au départ, pour moi il y avait la création du DES et avant il n'y avait rien. Beaucoup d'interviewés m'ont dit « mais moi j'étais santé publique à l'époque » et je pensais au début « comment être santé publique si ça n'existait pas ? ». En réalité, il y avait bien sûr de la médecine de santé publique avant la création d'une filière dédiée.

Il y avait de l'existant qui était bien identifié (que je développe dans ma thèse). En hospitalo-universitaire, il y avait ce qu'on appelait l'hygiène hospitalière. Beaucoup de médecins de santé publique étaient hygiénistes. Ils avaient fait médecine avec ou sans internat, donc spécialistes ou non. Ils faisaient un CES (Certificat d'études spécialisées, sans pratique, uniquement théorique) comme on l'appelait à l'époque « d'hygiène et d'action sanitaire et sociale ». Ils en sortaient donc hygiénistes, souvent hospitalo-universitaires, et étaient identifiés comme praticiens de santé publique.

A côté de ça, on avait l'ancêtre de l'EHESP qui existait, l'ENSP (Ecole Nationale de Santé Publique) avec une formation d'inspecteurs de santé (aujourd'hui nos médecins inspecteurs de santé publique). On retrouvait clairement ces 2 types de profils. La plupart des personnes interrogées qui se disaient médecins de santé publique avaient fait le CES, seul un des interrogés était MIS.

Les participants à la création de la spécialité étaient plutôt du côté hospitalo-universitaire, et ont débordé progressivement de l'hygiène.

J'explique plus en détails dans ma thèse que :

trois espaces ont émergé à la fin des années 1970 dans trois disciplines : l'épidémiologie, l'informatique et la santé communautaire, représenté à chaque fois par un lieu géographique d'origine et une personnalité emblématique.

Le premier est l'école de Daniel Schwartz à Villejuif au sein de l'Inserm qui développe l'épidémiologie analytique. L'histoire de l'Inserm, passionnante, décrit bien comment cette branche émergente prend progressivement le dessus sur l'épidémiologie descriptive. Schwartz, lui-même polytechnicien, s'entoure de polytechniciens pour développer l'essai randomisé et intègre dans son équipe des médecins qu'il forme à l'épidémiologie.

Ensuite, l'informatique médicale, qui s'est développée historiquement autour du site de la Pitié à Paris avec une équipe dirigée par François Grémy, entouré de mathématiciens et de jeunes médecins. Ces médecins réalisent qu'ils doivent aller un peu plus loin pour mieux valoriser leur regard médical. C'est là que François Grémy commence à développer, en lien avec l'informatique médicale, l'épidémiologie et la recherche clinique.

Enfin, la santé communautaire est elle aussi représentée par un lieu, l'hôpital Saint-Antoine, portée par Bernard Pissarro et François Canonne. Ce dernier avait travaillé sur la réforme du système socio-sanitaire au Québec. Il revient en France avec cette approche québécoise de la santé communautaire. C'est de là qu'est issu le champ de la prévention et de la promotion de la santé. A Saint-Antoine sont formés des professionnels de santé publique à l'approche communautaire telle qu'elle était faite au Québec. L'école de Nancy était également pionnière dans le domaine.

Voilà pour le contexte médical. Concernant le contexte politique, l'arrivée de la gauche au pouvoir en 1981 est décisive, avec la volonté de montrer l'importance de la santé publique. Il y avait une vraie volonté politique, laissant l'opportunité aux acteurs déjà présents de participer à la création de politiques de santé publique.

PPM En te lisant, on comprend effectivement très bien la conjonction de facteurs à la fois politiques et académiques qui ont permis d'arriver à un point de bascule en faveur de la création d'un CES commun : dans un contexte politique favorable, on réussit à accrocher les anciens hospitalo-universitaires. De quoi donner des idées pour faire changer les choses aujourd'hui... Quelles étaient les motivations initiales et les perspectives imaginées au départ lors de la création de la filière?

LB Tout le monde n'avait pas les mêmes objectifs, c'était une première problématique. Plusieurs milieux se sont rapprochés, souhaitant faire une formation de santé publique pluridisciplinaire en France, comme elle existait dans d'autres pays. Avait été imaginée la mise en place d'un master après une formation initiale, médicale ou non. Certains interviews ont parlé d'écoles interdisciplinaires de santé publique, l'idée était d'en créer quatre (Paris, Bordeaux, Nancy et Rennes) où les médecins, sociologues, géographes, économistes... pourraient s'inscrire.

D'un autre côté, l'Europe imposait une harmonisation des formations. La France, qui avait réformé le 2ème cycle des études médicales quelques années plus tôt, devait poursuivre avec une réforme du 3ème cycle. On voit dans ce cadre une vraie volonté politique d'intégrer la santé publique dans cette réforme. Cela rentrait déjà en contradiction avec l'idée initiale d'une formation pluridisciplinaire : créer une formation identifiée dès l'internat n'allait pas dans le sens d'une ouverture à d'autres disciplines que la médecine.

Donc, cette réforme du 3ème cycle créé l'internat pour tous, (qui a été un sujet de forte mobilisation, mais c'est un autre sujet...) avec quatre filières (regroupant plusieurs DES, les filières seront ensuite supprimées pour ne garder que les DES) : médecine générale, médecine spécialisée, santé publique et recherche. Au départ, il y avait l'idée de faire six DES au sein de la filière santé publique qui correspondent pour certains à nos modules d'aujourd'hui: médecine du travail, médecine légale, santé de la mère et de l'enfant, action sanitaire et sociale, santé publique dans les pays en voie de développement et sécurité sociale (qui devait former nos médecins conseils d'aujourd'hui).

En pratique, au vu des possibilités de formation qui existaient, seuls deux DES ont finalement vu le jour : « médecine légale » et « santé communautaire et médecine sociale ».

Au sein de ce dernier ont été inclus toutes les thématiques figurant comme DES initialement.

Une fois que les internes sont arrivés en santé publique, il a fallu les former, sauf que le vivier de formation (et de formateurs) était plutôt faible. Et, finalement, beaucoup sont allés se former à l'INSERM qui offrait un cadre pour leur formation, avec master puis doctorat en épidémiologie. Puis il y a eu les Départements d'Information médicale dans les années 90, qui ont aussi offert cet effet structurant, avec des postes labellisés « santé publique ». L'existence de ces cadres de formation peut expliquer en partie l'orientation majoritaire des internes en épidémiologie, et en DIM dans une moindre mesure.

PPM Oui, on privilégie les voies de formation sécurisantes...

LB Oui, on se tourne vers ce qui existe ! Après je me suis surtout concentrée sur la création de la filière, mais il faudrait creuser le sujet des formations. Au départ, elles devaient se construire avec des professeurs de plusieurs disciplines (sociologues, épidémiologistes, économistes...). Mais la mise en place au niveau local prend des années, et peut être qu'aujourd'hui on se rapproche un peu plus de ce que les initiateurs imaginaient initialement. Même si ça reste une petite partie, j'ai l'impression qu'il y a de plus en plus d'internes qui se dirigent vers d'autres disciplines comme les politiques publiques par exemple.

PPM Comment tu expliques que la santé communautaire et la médecine sociale aient été perdues en route dans l'évolution du nom du DES ?

LB C'est un sujet à part entière qui pourrait être développé par d'autres personnes. Le souci est à mon sens inhérent à la santé communautaire. Elle ne s'est pas trop développée en France, comparée à l'épidémiologie par exemple. La santé communautaire telle que le voyait Bernard Pissarro et son équipe, a eu du mal à se faire une place, et, aujourd'hui encore, il me semble qu'on ne l'identifie pas suffisamment. L'épidémiologie, elle, a bénéficié du coup de pouce de l'INSERM. Enfin l'épidémiologie analytique, parce qu'on a perdu toute la branche descriptive. Quand on regarde l'histoire de l'INSERM, Schwartz est arrivé avec l'épidémiologie analytique et a supplanté l'épidémiologie descriptive, portée par les « dames du Vésinet » (car en grande majorité des femmes). L'INSERM est une vieille institution mais qui est aussi dans l'innovation. Il me semble que les différentes disciplines de la santé publique n'ont pas toutes le même rythme non plus. On peut considérer par exemple la sociologie comme ayant un rythme plus « lent » que l'épidémiologie, avec une importance accordée au temps long et à la prise de recul. Tout ça compte ensuite dans ce qui émerge de la construction de la spécialité.

PPM Que retrouves-tu de l'esprit initial de la réforme dans le DES d'aujourd'hui et dans les perspectives ? Je pense à la proposition du rapport Chauvin de former un corps unique interministériel de MSP.

LB Il y a toujours cette envie de global, de pluridisciplinarité mais elle est dure à mettre en place et à structurer en fonction des enjeux de chacun. L'idée de faire des écoles de santé publique après une formation initiale était super intéressante. Le fait que notre propre formation « médicale » est finalement trop faible pour apporter une formation complète, n'est-ce pas positif ? Cela nous oblige à aller voir ailleurs. Sinon, on resterait entre médecins de santé publique. Et on a des profils complètement différents. Je crois qu'on ne peut pas être spécialiste en tout, au sein même de notre propre spécialité, il faut choisir. Il faut avoir l'humilité de se dire qu'on est professionnels de santé publique comme plein d'autres, mais avec une approche médicale, qui n'est pas unique.

PPM Pour faire le lien avec le thème du CIISPro sur le plaidoyer, tu fais référence à l'influence auprès des décideurs politiques dont il a fallu faire preuve pour créer ce DES, peux-tu nous en dire plus ?

LB Sur ce sujet, de ce que je vois, je crois que les créateurs ne se rendaient pas compte que c'était un plaidoyer. On peut voir rétrospectivement deux plaidoyers : auprès des politiques et auprès des hospitalo-universitaires, avec une approche différente. Dans les deux cas, les plus anciens ont introduit les jeunes ; il y avait des anciens qui étaient sensibles à l'innovation, et voulaient l'introduire à travers des nouvelles personnes. Côté politique, il y a eu une organisation militante qui s'appelait "santé et socialisme". Ils ont proposé leurs idées aux politiques, à travers une influence plutôt discrète : en participant à des groupes de travail par exemple, j'ai aussi retrouvé des lettres que Grémy envoyait au cabinet ministériel. Il y avait aussi des rapports familiaux, Schwartz était de la même famille que les Debré, qui eux ont eu une influence importante en politique et en santé. Le rapport entre les médecins et la politique est historique et important, mais, ça aussi, c'est un autre sujet de thèse !

On constate donc un mélange d'influences, d'opportunisme et de réseautage...

Oui, 2 plaidoyers, et celui auprès des hospitalo-universitaires est beaucoup plus identifiable. Quelques personnes sont allées faire le tour de l'ensemble de ces HU, en les incitant à faire de la place aux nouvelles disciplines émergentes. Il y a donc eu un plaidoyer quasiment par porte à porte pour créer une section santé publique dans le Conseil National Universitaire à part entière, indispensable pour créer des postes universitaires correspondant derrière. Beaucoup des membres de la nouvelle génération se sont retrouvés dans cette section santé communautaire et médecine sociale, se détachant un peu de l'ancienne école restée dans la section correspondant à l'hygiène hospitalière.

PPM Quand on te lit, ce qui est marquant c'est l'ouverture d'esprit des HU de l'époque, car ils prenaient le risque que l'hygiène hospitalière soit marginalisée finalement.

LB Oui et non, ils étaient presque plus à l'aise car cela leur permettait d'être mieux identifiés en tant qu'hygiénistes. Il n'a jamais été question de supprimer l'hygiène. Chacun y a trouvé son compte au final.

PPM Concrètement, qu'as-tu appris, que retiens-tu de cette reconstruction historique ?

LB Je retiens déjà que je n'ai pas répondu à ce qu'était un médecin de santé publique. C'est flou et il faut peut-être que ça le reste, car ça nous fait bouger et ça nous motive.

Il y a un bénéfice à être instable car on est toujours en mouvement, on va chercher constamment de nouvelles approches. A l'époque, on partait à l'étranger et on revenait avec une vision de la santé publique, globale et pluridisciplinaire, sans avoir de poste pour la pratiquer. Alors ils se sont motivés pour créer cet espace. Aujourd'hui, maintenant qu'on a l'espace, il ne faut pas que ça nous empêche d'aller retrouver la vision initiale grâce à laquelle on est là. C'est comme la création du CLiSP, les internes ne savaient pas trop où aller et finalement ils se sont mis ensemble pour créer une forme de rattachement.

C'est dans l'instabilité qu'on avance et qu'on évolue. Et pourquoi pas, ça peut être ça aussi notre identité !



PPM Intuitivement, je pense que c'est aussi ce qui nous attire dans cette spécialité, cette forme d'inconnu et d'instabilité. Mais c'est utile d'avoir un socle existentiel minimal d'où se lancer pour avoir la légitimité d'évoluer. Ne trouves-tu pas que nous manquons un peu de ce socle commun, fondement d'une identité commune ?

LB Sur le commun, on a la méthodologie, quantitatif/qualitatif, les politiques publiques... et on a la volonté de faire bouger les choses. Le fait d'avoir fait médecine est aussi un socle qu'il faut assumer.

On n'est pas si instable que ça, finalement. Dans ma promotion, on n'est pas si différents que ça, malgré nos stages et masters différents, on fait tous de la santé publique. On a une vision qui va dans le même sens.

PPM Est-ce qu'il y a d'autres choses à rajouter sur ce que t'a apporté cette thèse ?

LB J'en retiens l'idée que la santé publique devrait initialement être en post-formation initiale, laissant plus de place à la pluridisciplinarité. J'ai toujours été attirée par ce côté multidisciplinaire, avec l'importance de considérer d'autres points de vue.

Le paradoxe, c'est que plus on s'ouvre, plus on est instable.

Il faut avoir le courage de s'ouvrir à la vision des autres, d'essayer de comprendre comment les autres comprennent. Ça m'a aussi appris de ne pas avoir peur des opportunités politiques (en étant conscient du risque pris quand même). On a besoin des politiques pour avancer en santé publique. Aussi, la mesure législative et la mise en place sont deux choses différentes. On aurait peut-être intérêt à davantage considérer la mise en œuvre : il y avait eu beaucoup d'énergie sur la création de la filière, et une fois le momentum passé, c'est dans la mise en place effective derrière que ça s'est beaucoup compliqué.

PPM Pour finir cet entretien, as-tu un dernier message ou un conseil aux internes ?

LB Il faut s'intéresser à notre spécialité. Quand on est en médecine on se laisse guider par la formation qu'on nous propose. On prend l'habitude de faire ce qu'on nous demande. Il ne faut pas avoir peur de chercher ailleurs. Je serais ravie de parler aux internes de mon travail, notamment ceux en quête de leur identité. Cette thèse peut être source de plein d'autres sujets de thèse.

Pour consulter la thèse de Louise Bourdel :

Université de Saint Quentin en Yvelines,
Former des médecins de santé publique
par la voie de l'internat.

Enquête par entretiens et recueil
d'archives sur la création d'une filière
dédiée à la santé publique au début des
années 1980, 2020



Pour contacter Louise Bourdel

louizpetit@gmail.com

L'HISTOIRE DU DES AU-DELÀ DES FRONTIÈRES: L'EXEMPLE DU TOGO

Entretien avec le Prof. Didier Koumavi EKOUEVI, Chef du Département de Santé Publique et Directeur du CFRSP

Propos recueillis par Audrey Geoffroy et Pol Prévot-Monsacré

Pol Prévot-Monsacré Bonjour Pr Ekouevi, merci pour nous accorder cet entretien. Pourriez-vous, pour commencer, nous raconter votre parcours?

Didier Koumavi EKOUEVI Je suis Professeur de Santé Publique à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de l'Université de Lomé, et chef du département de santé publique de la même faculté. Par ailleurs, je dirige le Centre de Formation et de Recherche en Santé Publique (CFRSP) qui est un institut de formation de recherche rattaché à l'Université de Bordeaux. Parallèlement, je continue à travailler à l'Université de Bordeaux, en tant que chargé de recherche à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

J'ai débuté mon parcours par des études de médecine à l'université de Lomé, où j'ai obtenu un doctorat de médecine générale en 1997. Ensuite, j'ai été admis au concours d'internat à titre étranger à Bordeaux pour réaliser le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) en santé publique et médecine sociale. Durant ma formation à l'Université de Bordeaux, j'ai eu à faire un Master,

dénoté à l'époque **MSBM** (Master de sciences biologiques et médicales) couronné par l'obtention d'un certificat I et un certificat II. Par la suite, j'ai obtenu le diplôme d'études approfondies (DEA) en 2001. Ce qui fait qu'en Avril 2002, j'ai pu obtenir le diplôme d'études Spécialisées en Santé Publique. En 2004, j'ai obtenu un doctorat en santé publique et une Habilitation à Diriger des Recherches (HDR) en 2012.

Comme j'ai également choisi la voie de l'enseignement au Togo, j'ai dû passer des concours au plan régional notamment celui du CAMES en 2016 (Conseil Africain et Malgache de l'enseignement supérieur) afin de devenir Professeur des universités en Afrique.

Actuellement, je co-préside l'action coordonnée AC46 portant sur les recherches en épidémiologie et sciences de l'ANRSIMIE avec Bruno Spire. En outre, pendant la gestion de la pandémie à COVID-19, j'ai été le Président du Conseil Scientifique en vue d'aider le gouvernement à la gestion de ladite pandémie.

Mes activités portent essentiellement sur la formation et la recherche avec un focus particulier sur l'infection à VIH, les Infections Sexuellement Transmissibles. Actuellement, je suis investigateur principal d'une étude sur les populations clés et co-investigateur de collaboration internationale IDea West Africa.

PPM Vous avez été interne de santé publique à Bordeaux. En quoi consistait la formation? Était-elle concentrée autour de l'épidémiologie?

DKE J'ai été interne de santé publique entre Octobre 1997 et Avril 2002. Une année sabbatique pendant le DES m'a permis de réaliser un DEA option épidémiologie et interventions en santé publique. Durant ces 5 années d'internat de santé publique, j'ai réalisé plusieurs stages d'une durée de 6 mois chacun.

Mon premier stage a eu lieu au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Ce stage m'a permis essentiellement de développer des compétences solides dans les Technologies de l'Information et de la communication, à travers le perfectionnement à Microsoft Office et le codage des diagnostics avec les notions de diagnostic principal et de diagnostics associés.

Mon 2ème stage s'est fait en Pharmacovigilance aux côtés du Pr Bernard Begaud dont je garde un très bon souvenir ; un stage passionnant de pharmacovigilance avec une importante composante épidémiologique. J'ai également fait plusieurs autres stages dans des centres qui travaillaient sur des cohortes de patients vivants avec le VIH notamment celle GESCA avec le Pr François DABIS. Par ailleurs, j'ai passé une année en Guadeloupe avec le Pr Lidia FOUCAN dans le service d'Information Médicale mais qui intégrait également un volet de recherche. Ainsi, l'une des missions était d'aider les cliniciens dans leur activité de recherche clinique.

Le stage qui m'a également beaucoup marqué a été celui encadré par le Pr Geneviève Chêne. J'étais interne au service de soutien méthodologique à la recherche médicale qui avait été nouvellement mis sur pied à Bordeaux en 1998. Dans ce service et en tant qu'interne de santé publique, j'avais pour mission de réaliser des analyses statistiques et d'aider les cliniciens dans la mise en place des études. C'était donc une formation destinée à la recherche clinique comportant un composante importante d'épidémiologie.

La formation à Bordeaux, où j'ai suivi la grande partie de parcours en santé publique était très axée sur l'épidémiologie. Néanmoins, cette approche est déterminante car assure la connaissance d'outils qui servent à s'adapter à toutes les situations en pratique professionnelle.



PPM Vous êtes à présent basé à Lomé, au Togo, où existe également un DES de santé publique. Quand va-t-il être créé, dans quel contexte et quels en ont été les objectifs?

DKE Le DES de santé publique au Togo a été créé en 2019. Au moment où j'ai pris la direction du département de santé publique à l'université, il n'y avait malheureusement pas encore de DES pour ladite discipline contrairement aux autres spécialités médicales et chirurgicales qui en disposaient. Pourtant, il y avait besoin crucial de former des spécialistes en santé publique. L'université ne disposant pas de parcours de licence professionnelle en santé publique (créée en 2022). Ainsi, ceux qui voulaient être formés en santé publique étaient contraints d'aller à l'extérieur du pays, notamment au Bénin où les cours de formations avoisinaient 10 000 euros par an, un budget difficilement accessible pour les étudiants. De facto, la formation se faisait à compte-goutte, avec une forte probabilité pour ceux qui étaient formés à l'extérieur de ne pas revenir au Togo. Pour combler le gap de médecins spécialistes en santé publique au Togo, nous avons entrepris de porter le projet de formation spécialisée en santé publique destinée aux médecins et aux pharmaciens diplômés.

L'objectif est de constituer une masse critique de professionnels médecins et pharmaciens en santé publique formés aux méthodes de santé publique, notamment l'évaluation des programmes et l'investigation des urgences de santé publique et la conduite des études épidémiologiques.

PPM Comment est construite la formation et la maquette de l'internat de santé publique au Togo? Quels sont les terrains de stage ouverts?

DKE Il existe une maquette internationale élaborée pour la sous-région ouest africaine par le CAMES, en partenariat avec l'OOAS (Organisation Ouest Africaine de la Santé). Il s'agit d'un curricula harmonisé des diplômes d'études en sciences médicales pour les 15 pays de l'Afrique de l'Ouest. La santé publique comprend environ 160 heures de cours magistraux, des stages, des travaux pratiques et des travaux dirigés.

Les lieux de stage dans le cadre de la formation au Togo sont :

- Le Département de Santé Publique de la Faculté des Sciences de la Santé ;
- Le Centre Africain de Recherche en Epidémiologie et en Santé Publique (CARESP, Togo) ;
- Les directions préfectorales et régionales de la santé du Togo.

Par ailleurs, des discussions sont en cours avec des structures internationales basées au Togo telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) afin de permettre aux internes de santé publique d'y réaliser des stages dans le cadre du DES.

De nombreuses activités pratiques de terrain sont réalisées pendant le DES notamment la mise en œuvre des études sur le terrain. Actuellement, les internes réalisent des études nationales sur la prévalence des hépatites virales chez les personnes vivantes avec le VIH (dans les 6 régions sanitaires du Togo), une cartographie des personnes atteintes d'albinisme au plan national, etc. Des séminaires d'une durée de 90 minutes sont organisés et portent sur la validation d'un protocole d'étude, d'un cours magistral ou même un partage d'expérience d'un professionnel de santé publique, etc.

PPM Quels sont les principaux débouchés, et comment sont perçus/reconnus les médecins de santé publique dans le milieu médical et sociétal plus généralement au Togo?

DKE Les débouchés sont fonction dans notre contexte du profil d'admission des apprenants. En ce sens, nous avons deux principaux profils :

Primo, le profil de jeunes médecins diplômés qui représentent environ 30% des étudiants en DES ; Les jeunes médecins qui finissent leurs cursus de santé publique ont la possibilité de s'orienter vers des bureaux de recherche, des ONG ou travailler avec des partenaires techniques au développement (GIZ, DAHW, UNICEF, OMS, etc.).

Secundo, nous avons également des médecins qui sont des acteurs locaux de la santé publique au Togo, qui jouissent d'une expérience certaine dans le domaine mais qui n'ont pas reçus de formation diplômante. Il s'agit entre autres, des directeurs préfectoraux, départementaux ou régionaux de la santé. Les fonctionnaires de l'état qui étaient déjà des acteurs locaux de la santé publique retournent généralement à leur poste de responsabilité à la fin de la formation.

En ce qui concerne le positionnement des médecins de santé publique vis-à-vis des autres spécialités et vu le contexte de l'émergence des urgences de santé publique, cette discipline est actuellement la 3ème spécialité en terme de candidature, après la Radiologie et l'Ophtalmologie.

Cette spécialité a été davantage mise en lumière avec la survenue de la pandémie à COVID-19 au Togo, pour laquelle les médecins de santé publique ont joué un rôle déterminant dans la riposte.

PPM En France, le DES s'appelle actuellement "santé publique", alors que précédemment il avait été appelé "santé communautaire et médecine sociale", puis "santé publique et médecine sociale". Pour vous, quel nom serait plus approprié, et au-delà du nom, par quels angles la santé publique doit-elle s'orienter prioritairement?

DKE En toute honnêteté, pour moi, l'intitulé donné au DES de Santé Publique n'est pas très déterminant. Il faut reconnaître que l'intitulé qui associe la médecine sociale semble un peu plus accrocheur mais pas plus. Ce qui compte c'est beaucoup plus les compétences acquises au cours de ces 4 années de formation.

A mon sens, la santé publique devrait être un peu plus large englobant :

- Un volet mondial (santé globale)
- Un volet recherche ou évaluation de programmes

Somme toute, l'orientation est fonction de l'organisation du système de santé de chaque pays et des principaux problèmes sanitaires auxquels ces pays sont confrontés. Nous avons plus tendance, ces dernières années, à orienter les nouvelles formations vers la thématique One Health. Cette nouvelle thématique est mise sur pied compte tenu des changements climatiques et de l'émergence de maladies infectieuses.

PPM Quelles sont vos perspectives quant à la formation des internes et à l'évolution de la spécialité santé publique, de manière générale?

DKE A long terme, la formation doit rester la plus souple possible, flexible et adaptable. Il faut continuer à encourager la réalisation des formations en parallèle du DES (Master, PhD).

Il faudrait également utiliser tous les canaux disponibles des NTIC pour le partage des compétences à des niveaux continentaux en approche pays. Nous devons être capables d'organiser des formations destinées à un large éventail de DES à travers le monde. Ceci, en mettant en place des modules locaux et internat. J'encourage particulièrement les DES à suivre tous les webinaires qui pourraient apporter un plus en terme de formation.

PPM Un conseil pour les internes de santé publique?

DKE Je voudrais partager avec les internes en santé publique un conseil que j'ai reçu dans les premiers jours de mon internat en santé publique à Bordeaux. C'était celui du Pr Roger SALAMON, fondateur et directeur honoraire de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement de l'Université de Bordeaux. Un interne ou un spécialiste en santé publique doit être très autonome, dit-il souvent.

VALORISATION TRAVAUX D'INTERNES



Communiquer aux usagers leur durée d'attente dans les services d'urgence : Une enquête de pratique auprès de dix-neuf services en Auvergne-Rhône-Alpes

CLAUDY MANNOURY, SANDRINE BABIN, MANON REBOUL, JULIETTE PAQUEREAU,
ANNE JOLIVET, LEÏLA MORET

Introduction et Objectif

Dans plusieurs pays, les hôpitaux font face à la problématique des patients « bed-blockers », dont l'hospitalisation n'est plus justifiée médicalement mais prolongée pour des raisons sociales ou une attente d'une solution d'aval. Face à cet enjeu, le CHU de Nantes a créé en 2021 l'Unité de Parcours Social et Médical (UPSM), un service de 30 lits dont l'originalité réside en une présence médicale allégée pour un renforcement de l'accompagnement social. L'objectif de l'étude est de décrire les profils de ces patients, et les obstacles à leur sortie.

Méthode

Une étude rétrospective et descriptive des 151 premiers patients de cette unité (octobre 2021 – novembre 2022) a permis le recueil de données socio-démographiques, médicales et de parcours.

Résultats

Parmi les 151 patients, 30% avaient moins de 60 ans et 60% plus de 75 ans. Certains avaient des problématiques de logement (36%) et/ou financières (23%). 25% sont en situation d'isolement, mais 21% des patients ont des problématiques avec l'aidant. La majorité a une perte d'autonomie (80%), sachant que 27% des patients sont peu autonomes (GIR 1 ou 2). 27% des patients souffrent d'une addiction, 21% de troubles cognitifs sévères et 20% de pathologies neurodégénératives. Les motifs principaux d'hospitalisation sont des pathologies neurologiques (45%), infectieuses (9%) et des traumatismes (9%). Près de la moitié des patients (48%) refusent le projet de vie proposé par l'équipe de soins. 32% des patients restent hospitalisés par manque de structures adaptées. L'obstacle principal à la sortie d'hospitalisation est le délai d'admission en EHPAD (74%).

Conclusion

Ces résultats apportent des éléments justifiant la pertinence de ce dispositif innovant dans le parcours de soins de patients complexes. Ils mettent en lumière des facteurs de complexité liés aux patients mais également des failles dans les parcours des patients en amont et en aval de l'hospitalisation.

La France : Pays le plus dangereux en terme d'attaques de crocodiles ? Une analyse critique de l'utilisation des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans les études épidémiologiques

AUDREY HUBERT^A, MARINE VANBERLEERE^B, LOUIS ROUSSELET^B, NATACHA LELANGUE^B, THOMAS CAEYSEELE^B, MARYSA GERMAIN^B

^A Univ. Lille, 59000 Lille, France

^B GHICL, Département d'Information Médicale, Hôpital Saint Philibert, 59462 Lomme, France

Introduction

A travers le monde il existe 23 espèces de crocodiliens. Ces animaux dont les mâchoires sont les plus puissantes du règne animal causeraient 400 à 1000 décès par an dans le monde. Ces attaques souvent mortelles sont responsables de blessures, d'infection et de séquelles graves. Jusqu'à présent il n'existe pas de données sur les attaques ni sur le nombre de spécimens présents à l'état sauvage ou en captivité en France, nous avons donc voulu connaître l'incidence des attaques de crocodiliens sur le territoire.

Méthode

Nous avons mené une analyse rétrospective utilisant la base de données nationale hospitalière du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour évaluer l'incidence des morsures ou coups donnés par un crocodile ou un alligator (CIM-10-W58) entre 2020 et 2022.

Résultats

2691 patients ayant subi une morsure ou un coup ont été hospitalisés, dont 73,69% d'hommes et un âge médian de 61 ans. Les patients étaient principalement pris en charge en unité de médecine (71,16%) avec une durée moyenne de séjour de 8,24 jours. 73,24% des attaques sont survenues dans une zone de commerce et de service, 79,71% des cas ont été hospitalisés à l'AP-HP (Assistance publique des Hôpitaux de Paris). L'incidence annuelle variait de 1 cas à 2 cas pour 100 000 habitants.

Discussion

Bien que ces animaux ne vivent pas à l'état sauvage en métropole le nombre d'attaques dépasse grandement ce qui est observé dans des zones où ces reptiles vivent en milieu naturel comme en Floride, où les autorités ont recensé seulement 190 attaques entre 1997 et 2016. Ainsi la France pourrait être un des pays les plus dangereux du monde en terme d'attaque de crocodiliens.

Conclusion

Ces résultats suggèrent avant tout que toute utilisation des données du PMSI à des fins épidémiologiques se doit d'être prudente.



Mots-clés : crocodile, PMSI, épidémiologie, incidence

Santé bucco-dentaire et précarité : comment améliorer la prévention et l'accès aux soins dès la petite enfance ? Enquête qualitative par entretiens semi-directifs auprès de parents d'enfants de 1 à 6 ans de l'agglomération Dijonnaise.

Alice Vabre

Ireps Bourgogne-Franche-Comté, Interne de Santé Publique (6ème semestre) à Dijon

Introduction

La santé bucco-dentaire est un enjeu majeur de Santé Publique en raison de la fréquence des affections et de son impact sur la santé générale, la qualité de vie et l'insertion sociale. La plupart des affections bucco-dentaires pourraient être évitables par le biais de l'adoption de comportements favorables à la santé ainsi que par un recours aux soins facilité. Or des inégalités sociales en termes de santé bucco-dentaire et de recours aux soins sont présentes dès la petite enfance. Des actions de prévention et d'accompagnement dans le parcours de soins adaptés aux populations en situation de précarité sont donc nécessaires. Cette étude vise à explorer le rapport à la santé et aux soins bucco-dentaires de parents d'enfants de 1 à 6 ans identifiés en situation de précarité résidant dans l'agglomération dijonnaise.

Méthode

Enquête qualitative exploratoire reposant sur la réalisation de 12 entretiens individuels semi-directifs et d'un focus group de 4 personnes réalisés en Mars 2023.

Résultats

La santé bucco-dentaire est parfois associée à de mauvaises expériences vécues dans l'enfance entraînant une appréhension vis-à-vis des soins dentaires. Le lien entre santé bucco-dentaire et l'apparence physique, l'impact de l'éducation dans l'enfance ainsi que le moment et les conditions du brossage de dents ont été soulignés. Des leviers d'action ont été identifiés : le travail sur les représentations, l'orientation facilitée vers un chirurgien-dentiste, les qualités d'accueil et de réassurance du dentiste. Au contraire, la peur du jugement, l'appréhension de la consultation, la non-connaissance du rôle de prévention du chirurgien-dentiste et les difficultés financières peuvent constituer des freins.

Conclusion

Cette étude a permis d'explorer le rapport à la santé et aux soins bucco-dentaires, d'identifier des freins et des leviers aux recours aux soins ainsi que des perspectives sous formes de 8 leviers afin d'améliorer la prévention en santé bucco-dentaire.



Mots-clés : Santé bucco-dentaire, sante publique, prévention, recours aux soins

Prise en charge de la dengue à Rio de Janeiro, retour d'expérience

Justine DUCHER

interne de 4^{ème} semestre



Introduction

La dengue est une maladie virale, transmise par les moustiques vecteurs du genre *Aedes* dont l'incidence dans le monde est en nette progression, atteignant 50 millions de cas annuels selon l'OMS. Particulièrement touché, le Brésil a identifié la dengue comme une priorité de santé publique. Le climat de la ville de Rio de Janeiro en fait une zone de propagation privilégiée du moustique *Aedes* et de fait une zone de forte circulation du virus. La vigilance sur le terrain au plus près des populations est essentielle pour comprendre les enjeux et déployer des actions de prévention concrètes.

Matériels et Méthode

Dans le cadre d'un inter-CHU de 6 mois avec l'Université Fédérale de Rio de Janeiro (UFRJ), accompagnement des équipes municipales de soins primaires et de vigilance sanitaire, afin de réaliser un état des lieux concret de la prise en charge et prévention de la dengue dans la ville.

Résultats

Participation à des campagnes promotionnelles régulières dans les transports publics, à des animations éducatives ponctuelles dans des zones de la ville les plus touchées. Activité de porte-à-porte auprès des habitants des favelas pour sensibiliser aux risques de propagation de la maladie et distribuer du matériel préventif anti-vectoriel. Analyse des processus de diagnostic des cas, notification et transmission des informations aux institutions concernées.

Discussion et Conclusion

Malgré le peu de moyens disponibles principalement dû au manque d'investissement public, les campagnes de prévention sont nombreuses, régulières et bien reçues par la population. Les évaluations menées ont montré un impact fort sur le taux de transmission du virus. Certaines mesures concrètes pourraient être applicables en France métropolitaine et d'outre-mer, où l'incidence de la maladie est en constante augmentation sur les dernières années.

Implication des patients et du public dans les essais contrôlés randomisés portant sur une maladie chronique : une revue méthodologique

HUSSON M.^{§1}, DECHARTRES A.², DIVERRES M.¹, RAMDJEE B.¹, ZEJLI T.³, L'HENAFF M.⁴, JEHANNO E.⁵, TUBACH F.², CAILLE A.^{2,3}

¹ AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Département de Santé Publique, 75013 Paris, France

² Sorbonne Université, INSERM, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, AP-HP, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Département de Santé Publique, 75013 Paris, France

³ Université de Tours, Université de Nantes, INSERM, SPHERE U1246, Tours, France; INSERM CIC 1415, CHRU de Tours, 37044 Tours cedex 9, France

⁴ Contributeur Patient, Association de Recherche, de Communication et d'Action pour l'accès aux Traitements, Paris, France

⁵ Contributeur Patient, Association Nationale de Défense contre la Polyarthrite Rhumatoïde, Paris, France

§ Auteur présentant le résumé

Introduction

La recherche avec l'implication des patients et du public (IPP) est une recherche menée "avec" ou "par" des membres du public plutôt que "vers", "sur" ou "pour" eux. L'IPP dans les essais contrôlés randomisés (ECRs) pourrait améliorer l'impact de la recherche, particulièrement dans les maladies chroniques en capitalisant sur l'expérience des patients.

Objectifs

Évaluer la fréquence de l'IPP dans les ECRs portant sur une maladie chronique. Analyser si l'IPP est associée à certaines caractéristiques de l'essai.

Matériels et Méthode

Design et source des données

Revue méthodologique des ECRs portant sur une maladie chronique chez l'adulte, publiés dans des revues du groupe BMJ avec un paragraphe décrivant l'IPP qu'elle ait eu lieu ou non ; en recherchant MEDLINE/PubMed le 15 juillet 2021. Deux patients ont été impliqués à toutes les étapes de cette revue.

Critères de jugements

- Principal : Nombre d'ECRs avec IPP
- Secondaires : Stades auxquels l'IPP a eu lieu ; Caractéristiques générales et méthodologiques des ECRs.

Résultats

Sur les 101 ECRs inclus, 40 (40 %) ont fait état d'une IPP à au moins une étape du processus de recherche. L'IPP a eu lieu principalement au stade de la conception (36/40), notamment l'évaluation du fardeau de l'intervention (n=24), et au stade de la réalisation (21/40). L'IPP était moins fréquente aux étapes de l'analyse et rédaction du manuscrit. Les caractéristiques des ECRs associées à l'IPP étaient les suivantes : publication dans le BMJ, auteur du Royaume-Uni, financement public, évaluation d'une intervention numérique et soins habituels comme témoin.

Conclusion

Nos résultats soulignent que l'IPP n'est pas rare dans les ECRs portant sur des maladies chroniques mais qu'elle intervient rarement à un stade décisif de la recherche. Il semble important de renforcer l'engagement des patients à toutes les étapes de la recherche.

Formation des internes au concept de Médicaments à Haut Risque : Une action de sécurisation du circuit du médicament

XAVIER MAYNADIER*, ÉDOUARD JANNUEL, BENJAMIN GRANGERM

Département de santé publique de la Pitié Salpêtrière DMU ESPRIT : Épidémiologie et biostatistique, Santé publique, Pharmacie, Pharmacologie, Recherche, Information médicale, Thérapeutique et médicaments

Introduction

Les Médicaments à Haut Risque (MHR) sont définis comme des médicaments présentant un risque accru de causer d'importants préjudices aux patients. Ils sont définis par la HAS comme une priorité d'axe de travail d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. De par leur statut de médecin en formation et leur mobilité les internes sont particulièrement à risque d'être confronté à des problèmes lors d'utilisation des MHR.

Matériels et Méthode

Nous avons mis en place d'un programme d'amélioration des pratiques professionnelles visant à former les internes de la Pitié Salpêtrière aux MHR, à étudier leur niveau de connaissance, leur retour d'expérience sur l'utilisation des MHR en vie réelle et à diffuser les documents institutionnels. Cette formation a été construite sous forme d'un questionnaire diffusé sur les boîtes mail institutionnelles des internes.

Résultats

87 internes sur les 387 ont fait la formation (soit 22.5% des internes). 37% des internes ayant répondu connaissaient le concept de MHR. Le logo des MHR était connu par 31% des répondants, la liste des MHR par 24% et la plaquette de présentation des MHR par 10%. 84% des répondants ont été confrontés à un événement indésirable lié à l'utilisation de MHR. 4 spécialités : les anticoagulants, les opioïdes, les insulines et les agonistes adrénergiques représentent 46% des médicaments incriminés. 20% des répondants ont rapporté avoir déjà signalé un événement indésirable au cours de leur internat.

Discussion

Un quart des internes de l'hôpital ont été formés au concept de MHR parmi eux deux tiers n'en avaient jamais entendu parler. L'appropriation du concept de MHR par les internes doit se poursuivre en ciblant les spécialités médicamenteuses identifiées comme les plus fréquemment incriminées, à la fois par des formations institutionnelles, mais également au sein de chaque service.

ETRE MÉDECIN ET ILLUSTRATRICE

Entretien avec Laetitia Leuci, autrice de la BD "Les aventures d'une nouvelle interne de santé publique"

Propos recueillis par Audrey Geoffroy et Pol Prévot-Monsacré



Audrey - Pol Peux-tu t'introduire brièvement, nous expliquer d'où vient cette passion pour l'illustration, et ce qui t'a poussé à créer cette BD ?

Laetitia Leuci Je suis Laetitia Leuci, médecin de santé publique. J'ai fait mes études de médecine à Dijon et je viens de finir mon internat. En dehors de la médecine, je passe mon temps à dessiner et créer ! Je dessine depuis toute petite, en autodidacte, surtout des personnages issus de mon imaginaire avec un style inspiré des mangas. J'aime aussi toucher à différentes techniques comme l'aquarelle, la linogravure et la poterie.

Cette bd a pris naissance suite à une conversation avec la chef de stage à l'Ireps BFC Isabelle Millot. Nous parlions du fait que la santé publique est une spécialité peu connue par les étudiants en médecine, en particulier le domaine de la promotion de la santé. Nous nous sommes demandées comment communiquer sur le sujet et quel outil utiliser. C'est ainsi qu'est venue l'idée de créer cette bande dessinée racontant mon stage à l'Ireps.

On suit tes aventures dans ton premier stage en santé publique. Le personnage que tu incarnes est toujours dans la découverte et cherche à se faire une place dans ce nouvel environnement (l'IRESP).

LL Mon premier stage d'internat à l'Ireps a été un gros changement pour moi. L'environnement était différent de tout ce que j'avais pu voir lors de mes études. De plus, avant l'internat, j'avais une représentation de la santé publique plutôt orientée épidémiologie ; la promotion de la santé m'étant quasiment inconnue. Ce stage était donc une découverte totale ! J'ai eu la joie d'y découvrir de nombreuses notions comme l'empowerment et également de mettre des mots sur des valeurs que je possédais déjà. Je me suis très vite sentie en accord avec cette vision globale et positive de la santé.

Beaucoup d'internes en santé publique pourront s'identifier à toi à travers ton personnage. Comment trouver sa place en stage, quand on doit tout apprendre ?

LL C'est un aspect important que je souhaitais aborder dans ma bd : cet aspect assez frustrant lors de l'internat de devoir lire des documents, prendre du temps pour apprendre, et ne pas se sentir (assez) productif. Je voulais faire prendre conscience que ce temps d'apprentissage fait partie intégrante de notre internat et est essentiel pour s'approprier certaines notions, comprendre les enjeux et travailler efficacement.

Une partie de tes aventures se concentrent autour du service sanitaire. Qu'est-ce que tu retiens de cette expérience ?

LL J'ai adoré travailler sur le service sanitaire et j'ai d'ailleurs été référente universitaire pendant 2 ans.

Ce que j'ai trouvé très intéressant, c'est de pouvoir aider les étudiants à s'approprier les notions de prévention et promotion de la santé, leur faire découvrir une vision de la santé plus positive, moins focalisée sur la maladie, également les aider à reconnaître qu'ils ont des compétences et les soutenir dans le développement de celles-ci. Un autre aspect important était de les aider à travailler ensemble et partager leurs connaissances et compétences souvent complémentaires.

Ta BD est un outil très efficace pour montrer en quoi consiste concrètement un exemple de stage d'interne. Souhaites-tu continuer cette BD en relatant tes stages suivants ? et est-ce que tu comptes utiliser tes talents dans le cadre de tes stages et de ta vie professionnelle ?

LL Lors de mon parcours, j'ai eu l'occasion de participer à d'autres projets artistiques comme la création d'outils pédagogiques avec l'Ireps BFC ('Être ensemble', 'La Bonne Combinaison) et j'ai aussi réalisé une infographie pour présenter le Département d'Information Médicale du CHU de Dijon. J'ai été très heureuse de pouvoir lier art et santé durant mon parcours et je pense qu'il ne faut pas hésiter à valoriser ses compétences personnelles lors de l'internat !

Pour la suite, je souhaiterais continuer à créer dans le cadre de mon activité professionnelle et pourquoi pas présenter d'autres aspects de la santé publique à travers la bande dessinée.



Les outils en question avec l'Ireps :
« Être ensemble » :
<https://ireps-bfc.org/sinformer/etre-ensemble-un-jeu-pour-reinventer-les-moments-conviviaux>

et « La Bonne Combinaison » :
<https://ireps-bfc.org/sinformer/nouveau-jeu-la-bonne-combinaison>

Merci beaucoup pour avoir répondu à nos questions!

Laetitia Leuci

LES aventures D'UNE NOUVELLE interne

EN SANTÉ PUBLIQUE



ÉPISODE 2 : LES CONCEPTS

EN ARRIVANT À L'IREPS, ON A COMMENCÉ À ME PARLER DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET D'AUTRES TERMES QUE JE NE CONNAISSAIS PAS...



J'AI DONC COMMENCÉ MES LECTURES !
C'ÉTAIT ÉTRANGE, JE N'AVAIS PAS L'IMPRESSION DE
TRAVAILLER...



MAIS AU FIL DE MES LECTURES,
DES ÉLÉMENTS SE SONT ÉCLAIRCIS...



BIEN SÛR, JE NE VAIS PAS FAIRE QUE LIRE ET
DÈS MES PREMIERS JOURS, DES PROJETS ME
SONT PROPOSÉS !



MÉDECINE SCOLAIRE

Regards croisés sur la santé scolaire

**Entretien avec Joséphine Odoul et Marie Kuenemann,
ISP en FST médecine scolaire**

Propos recueillis par Pol Prévot-Monsacré

Un grand merci Joséphine et Marie d'accepter de prendre un peu de temps pour répondre à nos questions. Nous souhaitons en savoir plus sur votre expérience de l'année de FST écoulée et votre regard sur la médecine scolaire, dont l'actualité invite, une nouvelle fois, à considérer l'importance capitale dans notre société, avec la sortie courant mai d'un rapport parlementaire sur la santé à l'École, porté par le député Robin Reda.



Marie Kuenemann

ISP en FST médecine scolaire



Joséphine Odoul

ISP en FST médecine scolaire

POUVEZ-VOUS DANS UN PREMIER TEMPS PRÉSENTER SUCCINCTEMENT VOTRE CURSUS ?

Joséphine Odoul Initialement, j'étais interne en endocrinologie / diabétologie, où j'ai pu découvrir l'éducation thérapeutique du patient. Cela m'a ouvert les yeux sur ce qu'était la prévention, très peu enseignée pendant l'externat. J'ai donc fait un droit au remord en santé publique pour suivre un parcours « prévention, promotion de la santé ».

Marie Kuenemann J'ai commencé par un internat de psychiatrie car j'aimais beaucoup la pédopsychiatrie, mais j'ai réalisé que je voulais plutôt agir en amont des troubles. J'ai découvert toutes les possibilités qu'offre la santé publique, et j'ai fait un droit au remord. La médecine scolaire me permet de retrouver ce que j'aime dans les deux spécialités. J'ai orienté mes stages dans ce sens : je suis passée au rectorat de Grenoble et au ministère de l'éducation nationale, mes prochains stages seront cliniques dans le cadre de la FST.

POUVEZ-VOUS NOUS RAPPELER LES GRANDES MISSIONS INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES DES MÉDECINS SCOLAIRES ?

JO Les principales missions du médecin de l'éducation nationale (MEN) sont

Il s'agit **au niveau individuel** de :

- Dépister les troubles des apprentissages (les troubles DYS : dyspraxie, dysphasie, dysorthographe, dyslexie, dyscalculie) des élèves grâce à des tests étalonnés et orienter au besoin vers des professionnels adaptés ;
- Rédiger les PAP (plan d'accompagnement personnalisé), afin de guider les enseignants pour accompagner au mieux les élèves présentant des troubles DYS (par exemple, autoriser la rédaction à l'ordinateur pour un élève présentant une dyspraxie importante) ;

- Rédiger les PAI (plan d'action individualisé) pour les élèves ayant une pathologie nécessitant l'administration d'une médication pendant le temps scolaire. Le médecin scolaire doit également s'assurer que les enseignants soient formés à l'administration des médicaments (comme l'utilisation d'un stylo Anapen). La coordination avec l'IDE scolaire doit également être assurée.
- Assurer les visites médicales obligatoires (pour les grandes sections de maternelles), afin de dépister des troubles neurosensoriels : la vue, l'audition, l'équilibre, la coordination, la stature, la marche... Un examen clinique complet doit être réalisé. Un entretien est également réalisé avec les parents lors de cette consultation afin de questionner sur le mode de vie (alimentation, le sommeil, les écrans), prodiguer des conseils et répondre aux questions des parents.
- Assurer les consultations de dérogation à l'utilisation de « machines dangereuses » pour les mineurs : pour les élèves en CAP, amenés à utiliser des machines dans le cadre de leur formation, une visite est obligatoire afin de s'assurer que l'apprenti est apte à leur usage ;
- Assurer une consultation à la demande d'un enseignant ou de parents, pour conseils ou avis ;
- Assurer la gestion de « Situations préoccupantes » comme constater des coups et blessures et signaler aux autorités compétentes

Ensuite, **au niveau collectif**, en collaboration avec les enseignants et IDE scolaires, ils ont pour mission de participer à la mise en place d'action de promotions de santé et à leur évaluation.



QUELLE PLACE OCCUPE LE MEN DANS LE PARCOURS DE SANTÉ DE L'ENFANT ?

MK Dans le cadre de ses missions, le médecin scolaire est amené à voir les enfants en visites individuelles pour une partie de son temps. Il peut s'agir de visites systématiques comme la visite des 6 ans ou celle des travaux règlementés pour les jeunes en apprentissages, mais il peut aussi intervenir à la demande des parents ou des enseignants qui ont repérés des difficultés ou encore auprès d'un enfant qui a des besoins particuliers.

Enfin, il peut intervenir tout au long de la scolarité, de 3 à 18 ans et pour des situations aussi variées que le diagnostic d'un trouble d'apprentissage ou l'accompagnement d'un enfant avec une pathologie chronique. C'est cette variété que je trouve passionnante !

Sans compter les autres aspects du métier comme la formation des personnels ou encore les actions collectives de prévention et de promotion de la santé.

JO Je pense que le MEN a une place importante dans le parcours d'un enfant : d'une part, grâce aux tests de dépistage, certaines pathologies ou difficultés d'apprentissage peuvent être détectées avant qu'elles ne deviennent pathologiques car prises en charge à temps.

De plus, certaines familles rencontrent des difficultés pour trouver un médecin traitant. Le MEN est parfois le seul médecin vu par les enfants. En ce sens, je pense qu'on peut dire qu'il participe aux réductions des inégalités sociales de santé.

Il est disponible à la demande de l'élève / parents de l'élève.

QU'EST-CE QUI VOUS A MOTIVÉ À VOUS ORIENTER VERS UN EXERCICE DE MÉDECIN SCOLAIRE ?

JO Comme dit plus tôt, j'ai choisi la SP pour la prévention, promotion de la santé. Lors de mes stages, j'ai surtout participé à des projets de prévention concernant l'adulte mais pas auprès des enfants / adolescents. La FST était pour moi l'occasion de découvrir ce public.

A CE PROPOS JUSTEMENT, COMMENT DÉCRIRIEZ-VOUS LA QUALITÉ DE LA FORMATION DE FST ?

La formation est très complète. Pendant un an il y a des modules à valider en e-learning, ils sont très bien faits. Il y a une partie santé publique, médecine générale, pédiatrie et pédopsychiatrie. Une fois par mois sont organisées des visios avec les internes pour débriefer des modules et partager des expériences de stage sous forme de cas cliniques. Chacun a son prisme de spécialité, c'est très enrichissant.

J'ai moi aussi trouvé la formation vraiment bien faite et complète ! Les sessions de réponses aux questions et correction de TD une fois par mois en visio et les deux séminaires en présentiel à l'EHESP et à Poitiers sont l'occasion de rencontrer sa promo, c'est un moment très convivial, j'avais adoré. Les médecins référents sont très disponibles et bienveillants.

QUELS BÉNÉFICES CETTE FST APORTE-T-ELLE SELON VOUS ?

JO C'est l'opportunité de découvrir la médecine scolaire. En effet, les stages de médecine scolaire ne sont pas forcément proposés aux internes de santé publique. De plus, pour ceux qui par la suite, souhaitent passer le concours, la formation est raccourcie (elle passe d'un an à six mois).

MK C'est aussi une façon d'apporter une valence clinique à l'internat de santé publique et un côté très concret.

QUELS STAGES SONT ACCESSIBLES DANS LE CADRE DE CETTE FST ?

MK Pour valider la FST il y a 2 stages à valider : un en médecine scolaire sur le terrain et un autre dans un service agréé : ça peut être la pédiatrie, la PMI, pédopsy, médecine universitaire... Un stage couplé avec le CRTLA (Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages) ou la médecine légale de l'enfant est aussi possible.

JO J'ajouterais les stages en rectorat ou à la Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale (DASEN, niveau départemental) et des stages en service de médecine de l'adolescent.

TU AS L'EXPÉRIENCE D'UNE ANNÉE ENTIÈRE DE FST JOSÉPHINE, PEUX-TU NOUS DIRE COMMENT SE SONT DÉROULÉS TES 2 STAGES ?

JO Alors j'ai d'abord effectué 6 mois avec deux MEN (en alternance, une semaine avec l'un et l'autre semaine avec l'autre). J'ai adoré ce semestre. Nous étions toujours en binôme mais c'est moi qui effectuais les consultations, sous l'œil attentif et bienveillant de mes tutrices.

Puis j'ai effectué 6 mois au Service Santé Universitaire de Clermont-Ferrand. Idem, j'ai adoré ! j'ai surtout effectué des consultations d'aménagement d'étude et d'examen pour les étudiants en situation de handicap : il s'agit de consultation où, selon le handicap de l'étudiant (moteur, physique, psychique ou neurosensoriel) de prescrire les aménagements adaptés, pour compenser son handicap et qu'il puisse suivre une scolarité « normale ». Il s'agit également de les orienter vers des professionnels de santé au besoin (psychologues, médecins spécialistes ou autre). C'est également un temps d'échange et de conseils (éducation à la santé). C'était vraiment un stage très enrichissant, je fais d'ailleurs des consultations pendant mon année de Docteur Junior.

QUELS PROJETS DE SANTÉ PUBLIQUE AS-TU ÉTÉ AMENÉE À METTRE EN PLACE EN STAGE À L'ÉDUCATION NATIONALE ?

J'ai surtout eu la chance d'aider à la mise en place de projet de SP en médecine universitaire. En effet le SSU (service santé universitaire) de Clermont-Ferrand est très dynamique, avec deux chargées de prévention très actives, accompagnées d'ERH (étudiants relai santé). De nombreux projets ont été mis en place pendant le semestre d'été avec notamment la semaine de campagne de dépistage pour tous les étudiants clermontois.

LA MÉDECINE SCOLAIRE EST DÉCRITE COMME EN SOUFFRANCE AUJOURD'HUI, POUVEZ-VOUS NOUS EN DIRE PLUS ? QUELLES PISTES SONT EXPLORÉES POUR STIMULER L'ATTRACTIVITÉ DU MÉTIER ? QUELS SONT SELON VOUS LES GRANDS ENJEUX POUR LA SANTÉ À L'ÉCOLE AUJOURD'HUI ?

JO Effectivement, il y a moins de moins de MEN avec de plus en plus d'élèves scolarisés. Il est donc compliqué d'effectuer l'ensemble des missions décrites auprès de l'ensemble des élèves. Il manque également beaucoup de professionnels comme des ergothérapeutes ou orthophonistes. Il est donc délicat d'orienter les élèves et d'assurer une bonne prise en charge. Pour finir, le salaire n'est vraiment pas attractif...

MK Oui, en fait c'est un peu comme partout en médecine... il manque des médecins ! Par contre je pense qu'il faut aller voir pour se faire une juste idée, car souvent les médecins scolaires sont passionnés par leur métier et désireux de transmettre leurs connaissances.

Je pense que beaucoup de choses peuvent changer dans les prochaines années. Dans la suite du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et des assises de la santé de l'enfant, j'espère que cette spécialité va être reconnue et revalorisée. Il faudrait redéfinir les missions du médecin scolaire pour qu'il fasse ce pour quoi il a une véritable expertise, une plus-value, notamment exercer ses compétences dans le domaine des troubles du développement. Le médecin scolaire a un véritable rôle à jouer dans le contexte actuel d'engorgement des soins, il peut dépister les troubles, participer au diagnostic et à la mise en place d'aménagements mais aussi former les enseignants et autres professionnels pour qu'ils puissent orienter au mieux les enfants. Plus la prise en charge est précoce et adaptée meilleur est le pronostic ! C'est aussi essentiel que le médecin scolaire puisse réaliser des missions d'éducation à la santé ou plus largement participer à des projets de promotion de la santé, sur le long court cela devrait avoir un impact positif sur la santé des jeunes et sur le recours aux soins. Enfin, concernant l'attractivité il y a le projet de créer des postes universitaires. Cela permettra de développer l'aspect recherche et enseignement de la spécialité.

JO Je pense également qu'il faudrait communiquer davantage sur ce métier. On connaît peu les missions du MEN alors qu'elles sont vastes et stimulantes. Le rôle du MEN est à mon sens primordial car il a une vision globale de l'enfant / adolescent pas uniquement « somatique / médicale » mais également sociale et « scolaire ».

Pour moi les grands enjeux seraient d'une part de prioriser les projets de promotion de la santé, qu'elles fassent partie intégrante des politiques des établissements scolaires, qu'il y ait une continuité et pas de simples actions isolées. Cela nécessite un véritable travail de coordination entre les différents professionnels concernés au niveau local : enseignants, directeurs, infirmières, médecins répondants à une véritable demande des élèves.



EN CONCLUSION, QUELLES SONT VOS ENVIES ET PERSPECTIVES POUR LA SUITE ? QUE CONSEILLERIEZ-VOUS À UN INTERNE HÉSITANT À S'ORIENTER DANS CETTE VOIE ?

JO Je lui conseillerais de foncer en FST médecine scolaire ! c'est l'occasion de découvrir ce métier, sans engagement, et sans perte de temps car certes, cette formation rajoute une année complémentaire mais elle permet de raccourcir le temps de formation une fois le concours passé.

MK J'aimerais continuer d'explorer ce domaine dans les bordures. J'ai beaucoup apprécié l'aspect promotion de la santé à l'école, le côté formation des personnels de l'éducation nationale ainsi que l'expertise sur les troubles des apprentissages.

Donc je conseillerais à tout interne qui se pose des questions de contacter le CNEMS, le Collège National des Enseignants en Médecine Scolaire et de prendre contact avec un médecin scolaire et des internes qui ont fait la FST pour y voir plus clair. N'hésitez pas !

Mille mercis de cet entretien à deux voix très complémentaires, votre enthousiasme est contagieux, on a très envie de vous rejoindre.

EUROPEAN HEALTH SYSTEMS : FRANCE

Written by Lucie Cadon and the Euronet French National Commission

The objective of this document is to provide a brief overview of the different European healthcare systems, their organization, outcomes, as well as their strengths and weaknesses. We aimed to make this review a visual and concise tool. We hope that our work will enable public health interns to have a better understanding of each healthcare system, allowing them to contextualize public health policies effectively.

We do not seek comprehensiveness, and for more information, you can refer to the sources.



SUMMARY

1. Health country profile
2. Health system review
 - a. Organization and governance
 - Public Health residency
 - Association of Medical Residents in Public Health
 - b. Financing
 - c. Physical and human resources and provision of service
 - d. Principal health reforms
 - e. Assessment of the health system
- Strengths
- Limitations

Figure 1: The French Republic



1.STATE OF HEALTH

Number of residents (2023)	68 millions
AREA	632 702 km ²
GDP per capita (2021)	50 996 current dollar
Human Development Index 1(2020)	0.901(26/189)
Gini index 2 (2020)	0.293
Life expectancy (2022)	
• Women	• 85,2 y
• Men	• 79,3 y
Mortality rate	9.8 / 1 000 inhabitants
Preventable causes of mortality	134/100 000
Treatable causes of mortality	63/100 000
Conjunctural fertility indicator	1,79
Self-rated health : very good or good	68%
Smoking (2019)	24%
Alcohol consumption	11,4%
Population with BMI ≥ 25	49%
Social support	90,6%

1 The HDI is the geometric mean of normalized indices for each three dimensions : a long and healthy life (life expectancy at birth), being knowledgeable (expected years of schooling and mean years of schooling) and having a decent standard of living (GNI per capita).

2 The Gini index (or coefficient) is a synthetic indicator that captures the level of inequality for a given variable and population. It varies between 0 (perfect equality) and 1 (extreme inequality).

3 Preventable mortality is defined as death that can be mainly avoided through public health and primary prevention interventions.

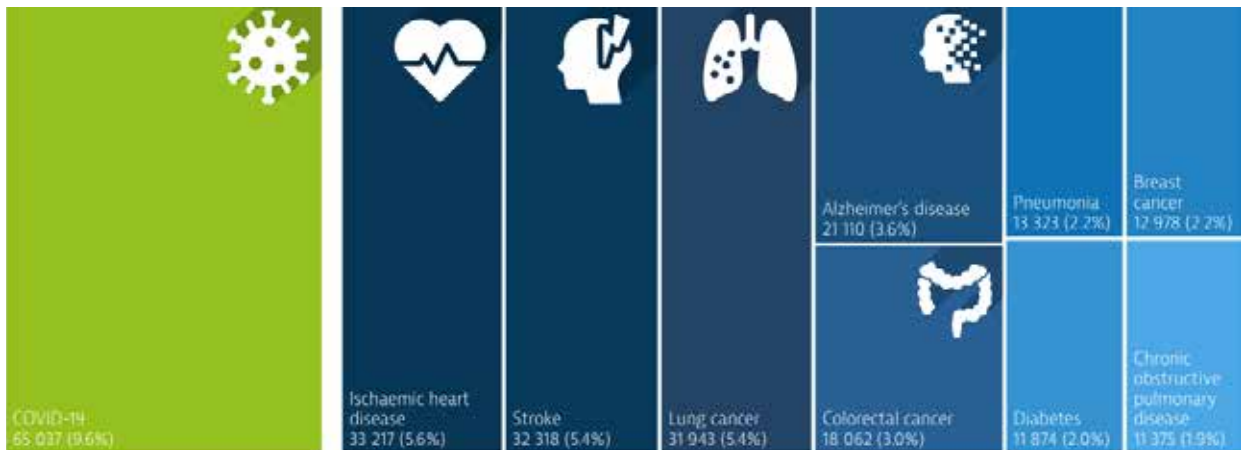
4 Treatable mortality is defined as death that can be mainly avoided through health care interventions, including screening and treatment.

The state of health in France is mixed. On the one hand, **life expectancy** is one of the highest in Europe. On the other hand risk factors are major drivers of avoidable mortality .The consumption of tobacco and alcohol, although declining, remains higher than in most European countries. Physical activity levels are also among the lowest in Europe.

Approximately 33% of mortality in 2019 was attributed to **behavioral risk factors**.

France also has significant **health inequalities** that are wider than in most European countries, due to risk factors and disparities in access to health services.

Figure 2 : Main causes of death in 2020. Before the pandemic, ischemic heart disease, stroke and lung cancer were the main causes of death



Note: The number and share of COVID-19 deaths refer to 2020, while the number and share of other causes refer to 2016. The size of the COVID-19 box is proportional to the size of the other main causes of death in 2016.
Sources: Eurostat (for causes of death in 2016); ECDC (for COVID-19 deaths in 2020, up to week 53).

Source : OCDE, Country Health Profile, 2021

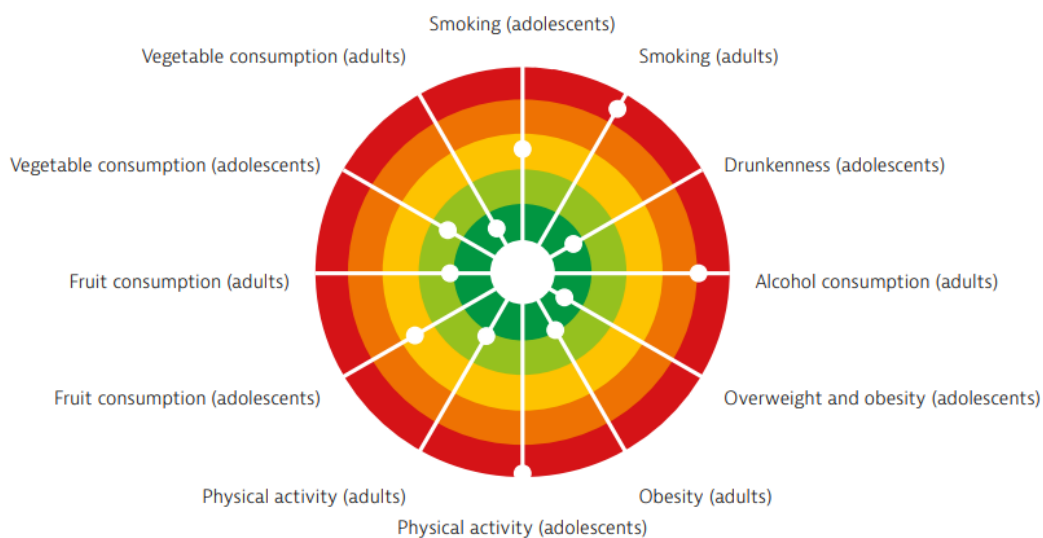
Figure 3 : Main risk factors: tobacco, dietary risks and alcohol are major contributors to mortality in France



Note: The overall number of deaths related to these risk factors is lower than the sum of each one taken individually, because the same death can be attributed to more than one risk factor. Dietary risks include 14 components such as low fruit and vegetable intake, and high sugar-sweetened beverage consumption. Air pollution refers to exposure to PM_{2.5} and ozone.
Source: IHME (2020), Global Health Data Exchange (estimates refer to 2019).

Source : OCDE, Country Health Profile, 2021

Figure 4 : Public health issues, compare to other european countries



Note: The closer the dot is to the centre, the better the country performs compared to other EU countries. No country is in the white "target area" as there is room for progress in all countries in all areas.

Sources: OECD calculations based on HBSC survey 2017-18 for adolescents indicators; EHIS 2014 for physical activity among adults, EHIS 2019 for obesity and fruit and vegetable consumption; and national sources for smoking and alcohol consumption among adults.

Source : OCDE, Country Health Profile, 2021

Sources :

[Bilan démographique 2022, Insee, 17/01/2023](#)

[World bank data](#)

[Rapport sur le développement humain 2020, PNUD](#)

[Niveau de vie et indicateurs d'inégalités dans l'Union européenne, Insee, 20/02/2023](#)

[Décès et taux de mortalité, Insee, 17/01/2023](#)

[Health at a glance 2021, OECD, p25](#)

[Self-perceived health by sex, age and income quintile, very good or good, Eurostat](#)

[Données, OECD](#)

2. HEALTH SYSTEM REVIEW

a. Organization and governance

The French healthcare system transitioned from a Bismarckian healthcare system to a **Beveridge** healthcare system, with increased state intervention and increased tax-based revenue.

The health system is based mainly on a **social health insurance** (SHI) system, who ensures comprehensive coverage for the entire population based on residency.

Complementary health insurance is held by nearly all of the population (95%) and is primarily utilized to cover co-payments and enhance coverage for medical goods and services that receive limited coverage through the SHI, such as dental and optical care.

There is a fully state-funded scheme that grants undocumented migrants access to a specific benefits package called essential care.

Since the 1990s, France has been attempting to **decentralize its power**, by the creation of the Regional Health Agencies.

Here are the main actors in public health in France:

- **Ministry of Health** (Ministère des Solidarités et de la Santé), responsible for formulating and implementing public health policies at the national level

- **Regional Health Agencies** (Agences Régionales de Santé, ARS), since 2009; who are decentralized administrative bodies that operate at the regional level. They are responsible for coordinating and implementing public health strategies and policies within their respective regions.

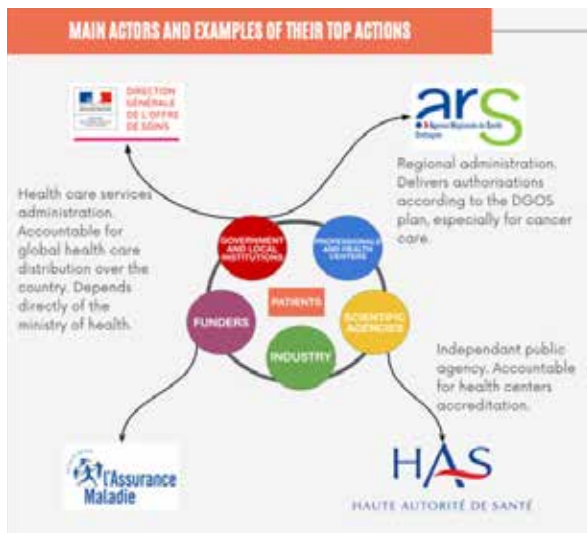
- **National Public Health Agency** (Santé publique France), responsible for surveillance, prevention, and promotion of public health

- **Social Health Insurance** (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), who play a significant role in public health as they manage the social health insurance system. They collect contributions, reimburse healthcare expenses, and contribute to financing public health programs and initiatives.

- **French National Authority for Health** (Haute Autorité de Santé, HAS), an independent public authority with a scientific nature, who aims to enhance quality in the healthcare, social, and medico-social fields, for the benefit of users.

The **French National Health Strategy** sets the government's health priorities for a period of five years. The last one extended from 2018 to 2022, and the next one is currently being drafted.

Figure 5: Main actors and examples of their actions



RESSOURCES SUR LA PROGRAMMATION :

Association of Medical Residents in Public Health

The CLISP (Collège de Liaison des Internes de Santé Publique) supports Public Health residents for their 4 years long residency.

The aim of this association is to represent Public Health Residents, defend their interests, and to foster communication and exchanges between medical residents in order to promote Public Health medical specialty.

A congress is also organized every year to provide information on a specific theme and facilitate networking among public health interns.

The board is renewed every year.



PUBLIC HEALTH RESIDENCY

After completing six years of medical school, aspiring residents must successfully pass a national examination. The selection of their specialty and the location for their residency is determined based on their ranking in the exam.

The duration of the Public Health residency is 4 years. During their four-year tenure, residents experience rotations in various services, with each rotation lasting six months (8 rotations in total). Thesis and residency dissertation are mandatory, master degrees are highly recommended.

Public health specialists have a diverse array of career options available to them :

- Research, both in universities and national institutes
- Public health specialists in public institutions (ministries, regional health agencies, municipalities)
- Health promotion specialists, in national and local institution or on the field (schools, child and maternal protection)
- Disease surveillance
- Epidemiology
- Global health
- ...

b. Financing

Total health expenditure (€)	281 billion \$
Per capita health expenditure (€)	4 000 \$
Current health expenditure (% of GDP)(2019)	11,2%
Population reporting unmet needs for medical care (2019)	1,2%

The system is mostly financed by income-based contribution paid by employers and employees, taxes (tobacco, alcohol, pharmaceutical companies,...)and additional sources.

Figure 6 : Funding distribution

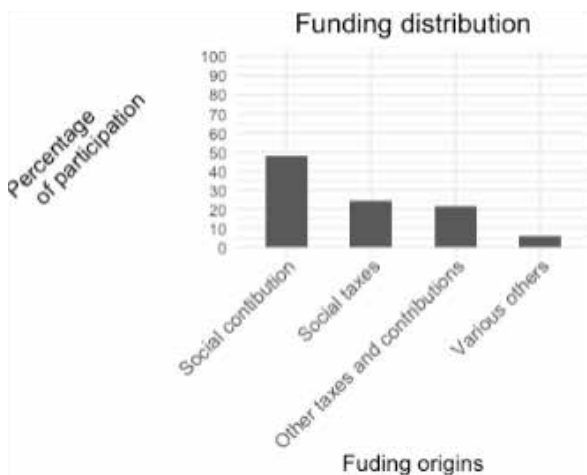
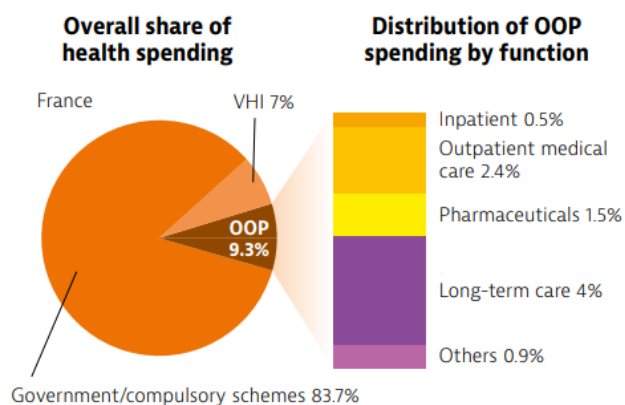


Figure 7 : Share of health spending and out of pocket payment



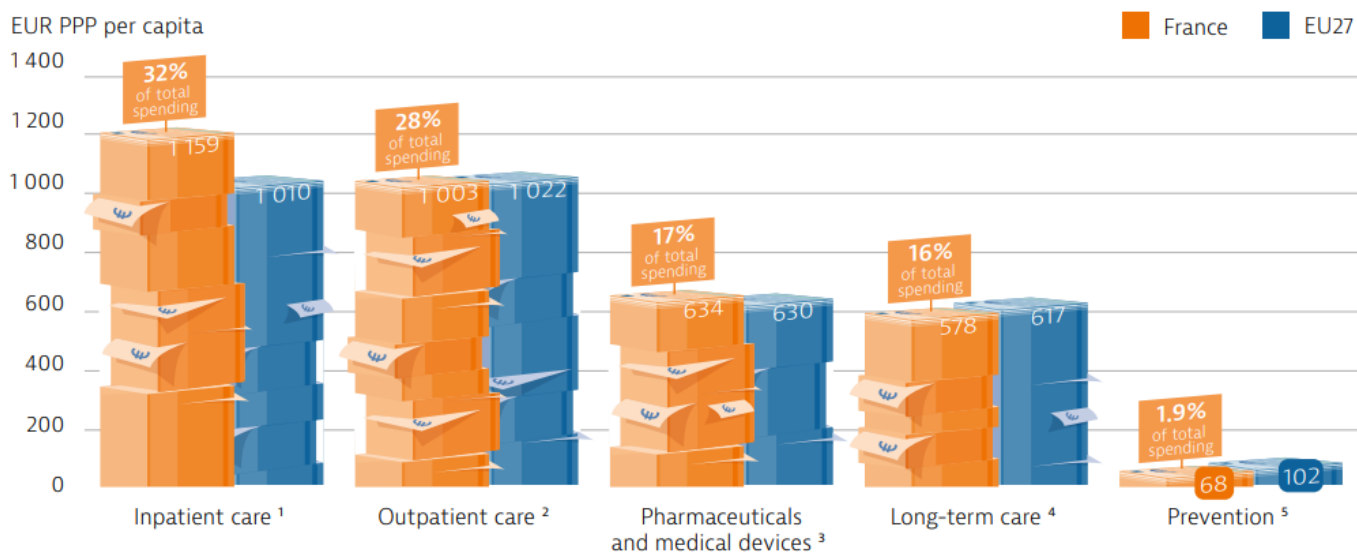
In 2019, **the combination of mandatory public and private health insurance** schemes accounted for **90,7%** of the total healthcare expenditure in France.

The **out-of-pocket expenditure rate of 9.3%**. This is the lowest level among European Union countries.

There is a fully state-funded scheme that grants undocumented migrants access to a specific benefits package called essential care.

Most health spending is on **inpatient and outpatient care**. Only 1,2% was spent on prevention.

Figure 8 : Most Health spending is on inpatient and outpatient care, with little on prevention



Note: The costs of health system administration are not included. 1. Includes curative-rehabilitative care in hospital and other settings; 2. Includes home care and ancillary services (e.g. patient transportation); 3. Includes only the outpatient market; 4. Includes only the health component; 5. Includes only spending for organised prevention programmes. The EU average is weighted.
Sources: OECD Health Statistics 2021, Eurostat database (data refer to 2019).

Source : OCDE, Country Health Profile, 2021

Since 1996, annual growth in **SHI expenditure has been controlled** by the national health spending target. The Social Security Financing Bill (PFLSS) who is vote by the Parliament every year, aiming to organize the health system financing. For example, the 2023 law aims to strengthen prevention in France, among other things, as well as improve access to contraception.

c. Physical and human resources and provision of service

Doctors / 1 000 inhabitants	3.27
Nurses / 1 000 inhabitants	11.3
Hospital beds / 1 000 inhabitants	5.9

Hospitals are divided between the public and private sectors :

- **Public hospitals** : 61% of beds
- **Non-profit making private hospitals** : 14% of beds
- **Private hospitals** : 24% of beds, mostly outpatient care

The number of acute care hospital bed decline every year, in favor of outpatient care.

Every hospital must undergo **certification** every 4 years.

Typically, in the ambulatory care sector, patients **directly pay healthcare providers** and later receive reimbursement from the SHI system. However, certain exceptions exist for high-cost treatments and households with low incomes.

The shortage of healthcare professionals in France is a significant concern that has garnered attention in recent years. The country is grappling with a **shortage of doctors, nurses, and other healthcare practitioners**, which has created challenges in ensuring adequate access to healthcare services for the population. Furthermore, health care professionals are **not spread equally** across the country.

The number of students admitted to medical studies each year is **regulated** by the numerus clausus. However, there is **no regulation regarding the geographical distribution** of doctors or nurses.

Sources :

[Healthcare expenditure statistics, Eurostat](#)

[Current health expenditure \(% of GDP\) - France, OECD](#)

[Domestic general government health expenditure per capita, PPP \(current international \\$\) - France, Data World Bank](#)

[Health at a glance 2021, OECD](#)

Figure 8 : Number of general practitioners in 2021

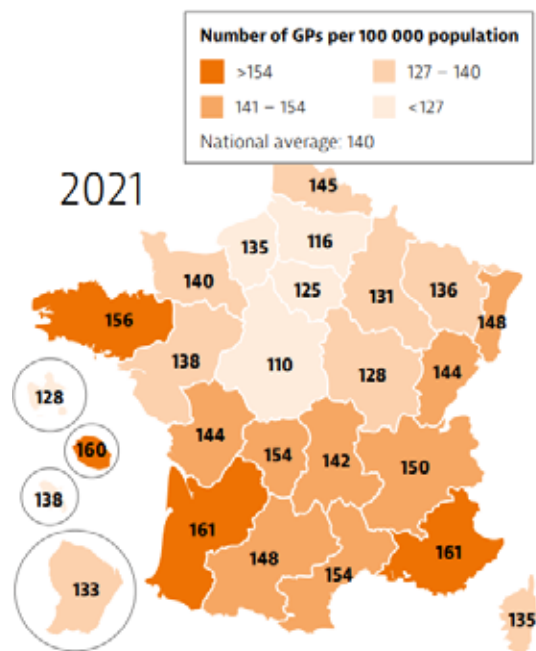


Figure 9 : Annual number of hospitalizations in 2020

	2020	Évolution 2019-2020 (en %)
Nombre de lits d'hospitalisation complète	386 835	-1,5
MCO	198 159	-1,9
SSR	103 784	-0,9
Psychiatrie	54 312	-1,2
SLD	30 580	-1,2
Nombre de places d'hospitalisation partielle	80 089	1,7
MCO	34 609	2,4
SSR	15 866	4,7
Psychiatrie	29 614	-0,5
Capacités d'accueil en HAD¹	21 276	10,8

Source : DREES

Sources :

Health at a glance, 2021, OECD

World Bank

Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile, DREES

d. Principal health reforms

Among the health system reforms, we can quote :

- **The Kouchner Law**, enacted in 2004, officially known as the Law on Patients' Rights and Quality of the Health System, aims to empower patients, promote their rights, and ensure the provision of quality healthcare services in France
- **Hospital, Patients, Health, and Territories (HPST) Act** : Adopted in 2009, this law brought significant changes to the organization and governance of healthcare institutions. It facilitated the creation of Regional Health Agencies (ARS) responsible for coordinating health policies at the regional level, empowered hospital directors, and encouraged cooperation between healthcare facilities.

These reforms sought to improve the organization and management of the French healthcare system, strengthen prevention, promote access to care, and address the demographic, financial, and epidemiological challenges faced by the healthcare system.

Sources :

<https://www.gouvernement.fr/projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-plfss>
<https://www.senat.fr/rap/a95-81-2/a95-81-26.html>

e. Assessment of the health system

STRENGTHS

- Public funding, very few out of pocket payment
- Whole population coverage
- Long term disability care
- Unique electronic health record system (PMSI)

LIMITATIONS

- Public funding, poor budget balance
- Privatisation ongoing
- Private insurance necessary for more and more needs, such as dental care or glasses
- Electronic health record system not designed for science (PMSI)
- Systemic inequalities
- Young people mental health

GLOBAL HEALTH TRAINING AND HUMANITARIAN RESPONSE LANDSCAPE IN FRANCE

Written by Virgil Korsec and the Euronet French National Commission

WHAT IS OUR PURPOSE?

You have a deep passion for public health. You know that diseases know no borders.

You yearn for a career that is both meaningful and purposeful.

Altogether, **humanitarian medicine seems specially made for you.**

But what kind of impact can a physician in public health have in this field?

But what kind of training opportunities lay beyond your home country?

Brace yourself, the French National Commission of Euronet MPRH will provide some answers.

Our aim with this paper is to offer Euroneters a concise overview of humanitarian medicine, top-notch training options in France, and potential professional opportunities in this field.

DEFINITIONS

Like any action in public health, humanitarian response is planned according to the needs of a population, and calls for a certain set of guidelines.

Foremost, it needs to be differentiated from the commonly misused notion of development. Development is about enhancing the economic factors, or the schooling capacity of a country [1].

Here, we will focus on support and strengthening of a country's health care system (tab 1).

Tab 1: Supporting and strengthening

Parameter	<u>Health System Support</u>	<u>Health System Strengthening</u>
Scope	May be focused on a single disease or intervention	Activities have impact across health services and outcomes
Longevity	Effects limited to period of activity	Effects will continue after activities end
Approach	Provide inputs to address identified system gaps	Revise policies and institutional relationships to change behaviors and resource use to address identified constraints

When identifying the needs of the system you are entering in, you must ask yourself the following questions before taking action.

It is already filled with highly qualified health professionals.

=> What can you bring that they don't have? Are you legitimate? Won't you substitute a yet non optimal but working practices with new rules that can not apply in this very situation?

WHAT TRAINING OPPORTUNITIES CAN YOU FIND IN FRANCE?

► Paris is home to the Pasteur - CNAM

(Conservatoire national des Arts et Métiers)/ School of Public Health [6]. The training offers quality education and a global network spanning worldwide all-over Pasteur centers. Being a private institution, it is however more costly than university master's degrees in France, ranging from 6,500 euros to 13,000 euros.

► Link : Paster-CNAM / School of Public Health

► Still in Paris, there is an antenna of the EHESP

(School of Advanced Studies in Public Health) [7], which headquarters are based in Rennes. You will rub shoulders with many students from all around the world, as it is entirely in English. If you are interested in this master, make sure to check out the testimonies available below in our "testimonies" section

► **The ISPED** (Institute of Public Health, Epidemiology and Development) in the city of **Bordeaux** offers the **"Global health in the global south" Master Degree (SGS)**. You will be lucky to have many African medical doctors as classmates and a program that provides you with practical skills in both qualitative and quantitative studies, enabling you to effectively navigate diverse situations.

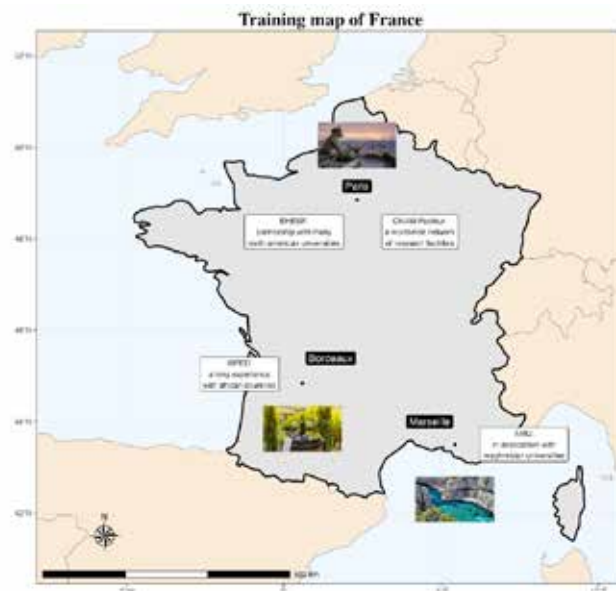
► Link : <https://www.isped.u-bordeaux.fr/FORMATION/Formations-propos%C3%A9es/Les-Masters/Master-2-Sant%C3%A9-Globale-dans-les-Suds>

► **You also can find a great training in Marseille** [9], which offer the possibility of remote attendance

► Link : <https://smpm.univ-amu.fr/fr/formations/masters/biologie-sante/science-sante-developpement-international>

Take in consideration that those trainings are specifically designed to welcome foreign students. See (fig 1) for a map of these trainings, and please note that the EHESP MPH [7] might be fully relocated to the city of Rennes in the upcoming years.

Fig 1 : Map of french global health trainings for public health professionals



FOR WHAT FUTURE ?

One of the major perk qualities of any training program is its network which often provides you with an entry toward your dream job !

But what kind of career can you envision in humanitarian health?

- You can work as a **medical manager** [10], In the humanitarian setting, every mission, regardless of the deployment stage, requires validation by a medical doctor. For this career, experience in research is highly valuable, as decisions can only be made based on well-conceived studies.

- You can work in governmental agencies (USAID or United Nations-relations institutions) as well as non-governmental organisations such as:

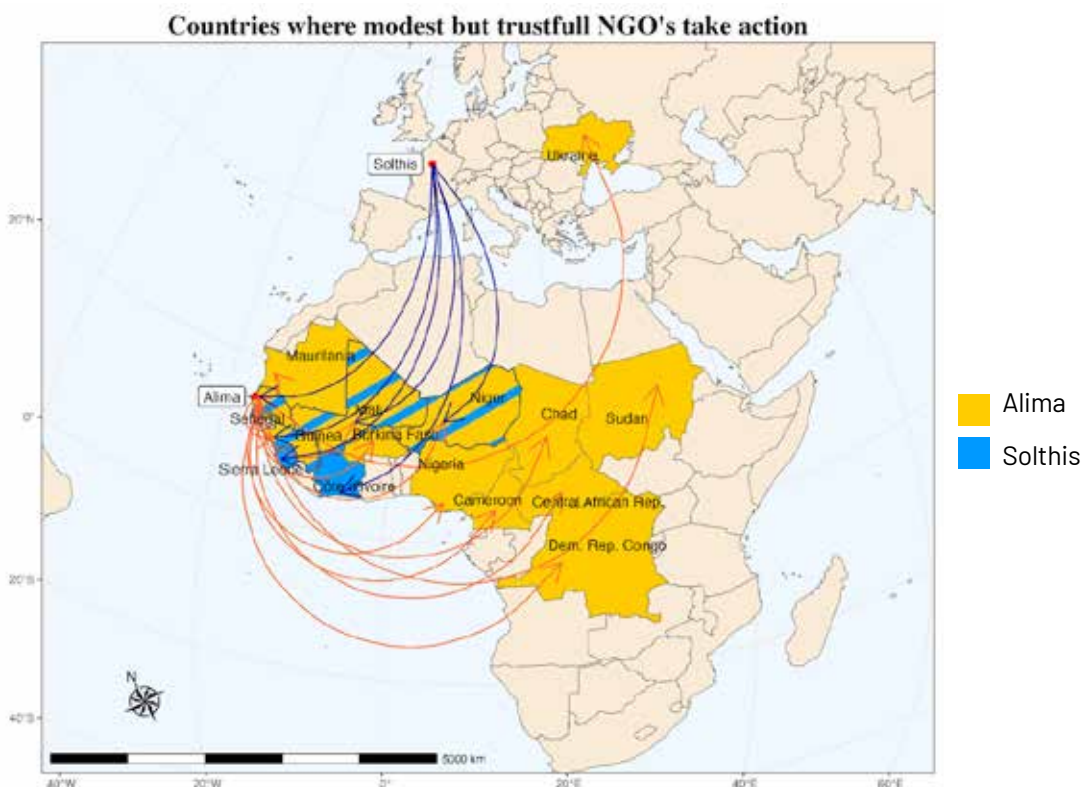
- MSF (Médecins Sans Frontières - Doctors Without Borders)
- MDM (Médecins Du Monde - Doctors of the World)
- Alima [11], created to transform humanitarian medicine to more effectively care
- Solthis [12], specialized in infectious and emerging diseases

Unfortunately, NGO's will rarely hire you without prior humanitarian work experience. To sort out this paradox, you can intern in one, apply to smaller NGOs (like Alima and Solthis mentioned above) or even create your own [5]!

- After years in the field, you might also consider a career as a consultant

Take a look at the following map (fig 2) to see the countries where Alima and Solthis take action (2022).

Fig 2 : Countries where small but trustful NGO's take action



KEY TAKEAWAY MESSAGE :

Truly listen to your target population.

Unlike any other field, you cannot simply impose your own methods based on what works in your home country when operating in the Global South. Renowned training institutions not only instill this mindset but also provide life-changing job prospects.

These programs will equip you to collaborate in multidimensional work environments with individuals who have diverse working styles.

Embracing this approach is crucial for addressing the highly challenging global health goals of the future.

TESTIMONIES

WHAT STORIES DO THEY TELL?

We have gathered two remarkable stories to underline the variety of the possibilities offered by these kind of path.

The first story comes from Bakary CISSE, M.D, Ph.D, who kindly wrote us his own testimony. Please note Dr CISSE eventually completed his training with the Global Health in Global South Master Degree GHiGS at ISPED.

► The training of a clinician from Burkina Faso who became an international public health professional

I had the chance to follow the Master of Public Health option Quantitative and Econometric Methods for Health Research at the University of Aix-Marseille and I am very grateful to have chosen this training.

The courses were very well structured and the teachers were highly qualified and passionate about their field. Through this training, I acquired strong skills in statistical methods and programming applied to health that allowed me to work on exciting research projects. I also had the opportunity to work on collaborative projects with researchers and health professionals based on the skills acquired during this course. The master's degree in biostatistics in Marseille is a very demanding but rewarding program.

It allowed me to develop my critical thinking skills and my ability to solve complex problems, which is essential for a successful career in public health.

I highly recommend this program to anyone who is passionate about quantitative methods and wants to pursue a career in public health research. It was an incredible experience that allowed me to grow professionally and personally.

The second story is retranscribed interview conducted by Virgile Korsec with Dr Florence BODEAU-LIVINEC M.D, Ph.D.

► The path of a public health international specialist

After graduating her MD,PhD in 2004 Pr Bodeau-Livinec turned to research, with a 4-year long stay as chairman a faculty at the New York University Medical Center, USA. Upon her return in France, she joined the teaching team at EHESP (École des Hautes Études en Santé Publique) specializing in quantitative studies.

Currently, she is actively involved in a study that investigates neurodevelopmental risk factors in Benin, specifically focusing on a mother-child cohort. This research collaboration involves the IRSET (Institut de Recherche en Santé Environnement et Travail - Rennes). In addition to her research activities, Pr Bodeau-Livinec also plays a crucial role in the development of the Master of Public Health (MPH) program in Paris, where she serves as the head teacher. Her position allows her to provide valuable insights into the happenings within this training program.

The profiles of the 60 students are as various as it can be, coming from over 30 different countries, mostly hailing from North America.

V.K **What bring those health workers professionals, political science specialist, anthropologists, economists, and much more, here down in Paris?**

First of all, we could say, Paris. That being said, the quality of the training is excellent, while the price has no comparison with what they can find back home. The teaching units are tailored-made and can be chosen within 30 modules, from health promotion to modeling infectious diseases [14]. Courses are taught by professors from EHESP as well as professors from Columbia Mailman School of Public Health, the University of North Carolina, and many other invited speakers from both academia and public health agencies.

V.K **What do they become?**

Quite a lot eventually stay in France and join research facilities such as the INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) or SPF (Santé Publique France), and some others join international organizations, NGOs or private companies as physicians or consultants. Remember that it is all about international public health, and not only humanitarian medicine. It is a unique training at the merge between the french-European and the north american visions of public health, that goes beyond humanitarian medicine embracing the whole scope of international public health »

Useful inks and references:

1. Sumner A, Tribe M. *International Development Studies: Theories and Methods in Research and Practice*. 1 Oliver's Yard, 55 City Road, London EC1Y 1SP United Kingdom: SAGE Publications Ltd; 2008: <https://sk.sagepub.com/books/international-development-studies>
2. Mishra P, Newhouse D. Does health aid matter? *J Health Econ*. 2009 Jul;28(4):855-72. Epub 2009 Jun 13
3. RAFFINOT Marc, « Dambisa Moyo, L'Aide fatale. Les ravages d'une aide inutile et de nouvelles solutions pour l'Afrique », *Afrique contemporaine*. 2009/4(n° 232), p. 209-216 <https://www.cairn.info/revue-afrique-contemporaine1-2009-4-page-209.htm>
4. Burnside, Craig, and David Dollar. "Aid, Policies, and Growth." *The American Economic Review*, vol. 90, no. 4, 2000, pp. 847-68. JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/117311>
5. <https://www.independentmedicalsupport.info/en-gb>
6. <https://www.cnam.eu/site-en/>
7. <https://mph.ehesp.fr/year-2/>
8. <https://www.isped.u-bordeaux.fr/FORMATION/Formations-propos%C3%A9es/Les-Masters/Master-2-Sant%C3%A9-Globale-dans-les-Suds>
9. <https://smpm.univ-amu.fr/fr/formations/masters/biologie-sante/science-sante-developpement-international>
10. <https://www.msf.fr/en/get-involved/join-our-team/find-a-role/medical-coordinator>
11. <https://hr.alima.ngo/en/jobs>
12. <https://www.solphis.org/en/offer/?pt=offer&pg=1>
13. [<https://www.irset.org/fr/axe-1-elixir-expositions-aux-contaminants-environnementaux-au-debut-de-la-vie-sante-de-la-mere-et#p-1251>]
14. [<https://mph.ehesp.fr/year-2/minors-and-majors-2018-2019/>]

Acronyms:

CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers
 EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
 INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
 IRSET : Institut de Recherche en Santé, Environnement, Travail
 ISPED : Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement
 SGS : Santé Globale dans les Suds (Aka GHiGS for "Global health in the global south")
 MDM : Médecins Du Monde
 MSF : Médecins Sans Frontières
 NGO : Non Governemntal Organizaion
 SPF : Santé Publique France

CONSEILS DE LECTURE



Santé Planétaire

Samuel Myers, Howard Frumkin

L'ouvrage de référence sur le concept de santé planétaire, révélateur des liens indéfectibles entre les activités humaines et leurs conséquences sur la santé des individus et des écosystèmes.

La santé humaine dépend de la santé de la planète : le bon état des systèmes naturels – l'air, l'eau, la biodiversité, le climat – est indispensable à notre survie. Or la pollution, la raréfaction des terres arables et de l'eau douce, l'érosion de la biodiversité, le changement climatique et d'autres menaces détériorent ces systèmes.



Un ouvrage accessible tout en mettant en lumière l'impact du climat et de l'environnement sur la santé humaine, vous donnera une base solide pour appréhender un des pans majeurs de la santé-environnement!

Géopolitique de la santé

Anne Senequier

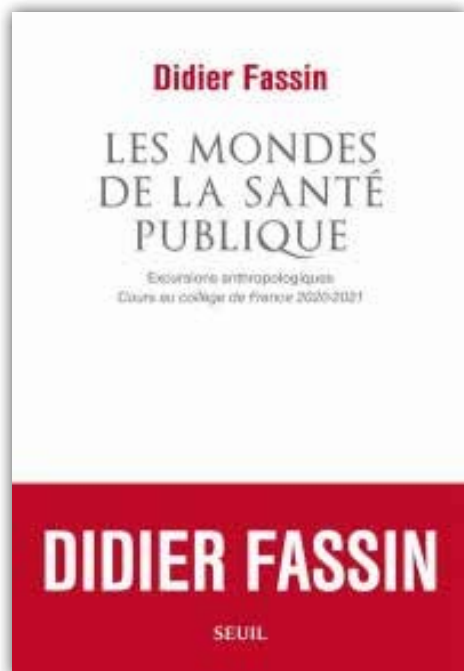


Après le succès de son ouvrage d'introduction à la géopolitique, Pascal Boniface dirige sur le même principe une collection consacrée aux principaux enjeux géopolitiques du monde contemporain.

Des clichés à la réalité, cet ouvrage nous parle de lieux, de faits et de chiffres pour dresser un panorama de l'histoire, des conflits, des problématiques et des évolutions des politiques de santé. Spécialiste incontestée, l'auteure propose 40 fiches documentées pour cerner les défis de la santé. L'ensemble est illustré de cartes, de graphiques et de tableaux.



Je conseille cet ouvrage pour tout interne s'intéressant la santé mondiale, qui nous encourage à creuser davantage les sujets abordés et à amener de nouvelles pistes de réflexion sur la santé publique.



Les mondes de la santé publique

Didier Fassin

« Avec la pandémie de covid, la santé publique, domaine jusqu'alors méconnu, a fait irruption dans le monde. Tout ce qui fait le mouvement des sociétés s'est brusquement mis à tourner autour des questions sanitaires. Pour inscrire ce moment dans un cadre plus vaste, le cours au Collège de France qui fournit la matière de ce livre propose un détour en partant d'une scène ordinaire, celle du saturnisme infantile, pour, au fil des leçons, en décliner les enjeux à travers une série d'études de cas menées sur trois continents.

La vérité du chiffre invite à réfléchir à la manière dont le travail de quantification prétend représenter les faits sociaux et sanitaires. Les frontières épistémiques interrogent la confrontation de conceptions profanes et savantes de la maladie. Les thèses conspirationnistes révèlent des réactions de défiance à l'égard des savoirs autorisés et des pouvoirs officiels. Les crises éthiques dévoilent des mécanismes de violation des droits et de détournement des biens communs au bénéfice d'intérêts privés.

Quant aux enquêtes portant sur les exils précaires et les épreuves carcérales, elles permettent d'appréhender la généalogie et la sociologie de l'administration des populations vulnérables. Chacun de ces enjeux jette un éclairage singulier sur l'expérience pandémique. Au terme de ces excursions anthropologiques, la santé publique peut apparaître à la fois comme un miroir tendu à la société et un reflet que cette dernière lui renvoie. »



Celles et ceux qui ne seraient pas familiers des travaux de Didier Fassin (médecin, anthropologue et sociologue) ont l'occasion de se rattraper avec cette passionnante compilation de ses cours, dans le cadre de la chaire de santé publique qu'il occupait au Collège de France en 2019 - 2020. Les sujets abordés sous un angle socio-anthropologique sont d'une actualité brûlante. L'analyse, rédigée dans un souci de clarté et d'accessibilité, éclaire les enjeux et le sens de l'engagement en santé publique aujourd'hui. Lisez cet ouvrage !

EVENEMENTS À VENIR EN 2023





COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

avec le soutien de :



MEMBRES DU COLLÈGE DU CLISP 2022-2023

BUREAU DU CLISP

MILLER Daphnis - Président
presidence@clisp.fr

FERRIOT Cécile - Vice-présidente
presidence@clisp.fr

RODRIGUEZ-BORLADO Lucia -
Secrétaire générale
secretariat@clisp.fr

NYANGWILE Eole - Trésorière
tresorier@clisp.fr

GOTTARELLI Chiara
Vice-secrétaire chargée
de l'évènementiel
evenement@clisp.fr

GALLIEN Yves
Vice-secrétaire délégué
aux affaires nationales
affaires.nationales@clisp.fr

PIEROBON Carola
Chargée de coordination avec les
représentants des subdivisions
coordination@clisp.fr

GALET Bertrand - Webmaster
webmaster@clisp.fr

BONNIER Salomé
Chargée de communication
communication@clisp.fr

GEOFFROY Audrey
Rédactrice en chef du bulletin
bulletin@clisp.fr

NDOCKO Kate
Chargé de relation EuroNet MRP
euronet@clisp.fr

CADON Lucie
Chargée de mission Actualités
actualites@clisp.fr

VALTER Rémi - Chargée de mission
Attractivité
attractivite@clisp.fr



CLISP - Collège de Liaison des Internes de Santé
Publique
17, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris
www.clisp.fr • contact@clisp.fr
Rédacteurs en chef : Audrey Geoffroy et
Pol Prévot-Monsacré

REPRÉSENTANTS DES SUBDIVISIONS

Île-de-France

Paris Pol Prévot-Monsacré paris@clisp.fr

Nord-Est

Besançon Justine Rousse besancon@clisp.fr
Dijon Camille Gélin dijon@clisp.fr
Nancy Maxime Ransay nancy@clisp.fr
Reims Peter-Joe Noujaim reims@clisp.fr
Strasbourg Astrid Placide strasbourg@clisp.fr

Nord-Ouest

Amiens Janice Vendar amiens@clisp.fr
Caen Lawrence Nadin caen@clisp.fr
Lille Eole Nyangwile lille@clisp.fr
Rouen Marion Lacassin rouen@clisp.fr

Ouest

Angers Jeanne Perrot angers@clisp.fr
Nantes Léonor Guilmault nantes@clisp.fr
Rennes Mareva Geslin rennes@clisp.fr
Tours Clément Le Roux tours@clisp.fr

Rhône-Alpes et Auvergne

Clermont-Ferrand Alixia Bufferne clermont-ferrand@clisp.fr
Grenoble Fabiana Cazzorla grenoble@clisp.fr
Lyon Chiara Gottarelli lyon@clisp.fr
Saint-Étienne Diva Beltramin saint-etienne@clisp.fr

Sud-Ouest

Bordeaux Kilian Trin bordeaux@clisp.fr
Limoges David Lagarde limoges@clisp.fr
Antilles, Guyane Carlotta Carboni antilles-guyane@clisp.fr
Océan Indien Anne-Françoise Casimir ocean-indien@clisp.fr
Poitiers Louis Richir poitiers@clisp.fr

Sud

Marseille Enzo Jacquenod marseille@clisp.fr
Montpellier Anne-Laure Bascou montpellier@clisp.fr
Nice Laure Hermet nice@clisp.fr
Toulouse Mathilde Mongeau toulouse@clisp.fr



#50 - juin 2023 -