



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

#53

- Octobre 2024 -



SANI 2024

Premiers pas
en santé publique !

sommaire

- #53 - Octobre 2024 -

p. **03** **ÉDITO DE LA PRÉSIDENTE**

p. **04** **PRÉSENTATION DES MEMBRES DU NOUVEAU BUREAU**

p. **09** **RETOURS DU CLISPRO**

Pratiquer la ludopédagogie avec la Dre Laure Abensur-Vuillaume

Comment manier les outils pédagogiques, entretien avec Léa Jay du CRISP IDF

Le partenariat patient soignant, par Andréa Limbourg

p. **18** **FOCUS SUR LES RÔLES DE L'ARS IDF,
À L'OCCASION DES JOP**

Echange avec le département sport santé

Interview Dr Alexis Ardoïn : veille et sécurité sanitaire

p. **26** **VALORISATION DE RECHERCHES MENÉES PAR LES
INTERNES**

Abstracts des projets d'internes pour le prix du CLISPRO

p. **35** **CONSEILS DE LECTURE, AVEC INTERVIEW EXCLUSIVE DES
AUTEURS DU LIVRE « LA MÉDECINE DE SANTÉ PUBLIQUE »**

EDITO DE LA PRÉSIDENTE



Lucie CADON

ISP à Nantes

Cher.ère.s internes,

C'est avec un immense plaisir que **je vous souhaite la bienvenue au sein de notre belle spécialité qu'est la santé publique**. Vous venez de rejoindre un domaine diversifié à la croisée des chemins entre recherche, action et réflexion stratégique. Elle vous offrira l'opportunité de travailler sur des sujets passionnants, d'avenir, et de côtoyer une multitude d'acteurs différents, qu'ils soient issus du monde académique, institutionnel, ou du secteur privé. Les opportunités sont nombreuses : épidémiologie, promotion de la santé, organisation des systèmes de santé, informatique médicale, santé environnementale... Autant de pistes pour développer vos compétences et trouver la voie qui vous passionnera le plus.

Pour démarrer cette belle aventure dans les meilleures conditions, je tiens à vous rappeler l'importance du séminaire d'accueil des nouveaux internes. C'est une occasion unique de rencontrer vos futurs collègues et de tisser des liens qui seront précieux tout au long de votre internat. Ce séminaire, en plus de permettre des échanges enrichissants, pose les bases de votre formation et vous aidera à débiter cette année dans un climat de confiance et de sérénité. C'est également un moment idéal pour vous inscrire dans la dynamique de notre spécialité, en échangeant sur vos attentes et vos aspirations avec celles et ceux qui vous accompagneront dans ce parcours.

Notre mandat en cours s'inscrit dans la continuité des actions engagées par le CliSP.

Nous aurons à cœur d'appuyer les membres du bureau dans leurs différentes missions et de valoriser pleinement leurs travaux. Nous serons également aux côtés des référents de chaque subdivision, afin de les accompagner au mieux dans leurs tâches. La défense des droits des internes demeure l'une de nos priorités absolues : qu'il s'agisse de vos conditions de travail, de la qualité de vos stages ou encore de votre accès à la formation théorique.

Dans les mois à venir, nous poursuivrons les travaux sur la promotion de notre spécialité, pour mieux faire connaître ses enjeux et ses spécificités. De même, nous continuerons à œuvrer pour améliorer la qualité de la formation théorique et pratique des internes, afin que chaque étape de votre parcours soit une opportunité de développement professionnel et personnel.

Bienvenue à vous dans cette belle spécialité qu'est la nôtre. Je vous souhaite à toutes et à tous une année riche en apprentissages, en découvertes et en accomplissements. Soyez assurés que le CliSP sera toujours à vos côtés pour vous soutenir et vous accompagner.

Lucie CADON



PRÉSENTATION DU NOUVEAU BUREAU



Lucie CADON

**Présidente
Nantes, 6^e semestre**

« Après avoir été chargée de mission Actualité et secrétaire, j'ai été élue au poste de présidente du Clisp cette année. J'aimerais poursuivre les travaux du mandat précédent, en particulier la promotion de la spécialité et la qualité de la formation théorique et pratique de notre DES. Mon objectif est également d'accompagner et de valoriser les missions effectuées par les membres du bureau et les référents des subdivisions. »



Xavier MAYNADIER

**Vice-président
Paris, 6^e semestre**

« Impliqué dans l'associatif et la représentation étudiante depuis le début de mes études, j'ai toujours porté mon attention au niveau local. Mon rôle actuel de vice-président du CLISP est ma première implication à l'échelle nationale. À travers ce mandat j'aspire à partager mon expérience à soutenir les actions dans les subdivisions et à représenter les internes de santé publique auprès des différents acteurs. »



Aurélia MANNIS

Secrétaire Générale - Paris, 4^e semestre

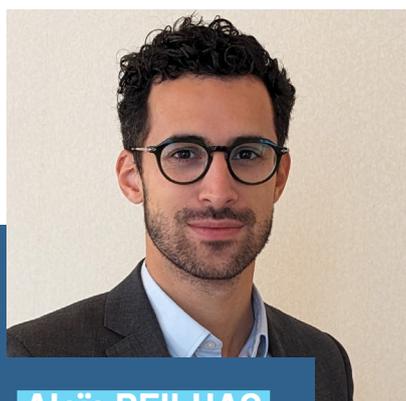
« Après deux années au SPI, l'association locale des internes de SP à Paris, en tant que secrétaire puis présidente, j'ai voulu cette année passer à l'étape supérieure : le national ! Ce poste de secrétaire me permettra d'avoir une vision globale de l'association, et ainsi de valoriser le CLISP, notre belle spécialité la Santé Publique, mais aussi tous les internes auprès de nos interlocuteurs. »



Christos TSAMASIOTIS

**Trésorier
Grenoble, 2^e semestre**

« Originaire de Grèce, je suis venu en France l'année dernière pour débiter mon internat en santé publique à Grenoble. J'ai découvert le CLISP en participant à l'organisation du CNISP 2023, une expérience qui m'a motivé à m'engager davantage dans l'association. En tant que trésorier, je gère les finances du CLISP et les relations avec nos partenaires pour assurer le bon déroulement de nos projets et événements. Ce rôle me permet de contribuer à la vie associative tout en soutenant activement la promotion de notre spécialité »



Aloïs REILHAC

**Vice-secrétaire délégué aux
affaires nationales
Bordeaux, 9^e semestre**

« Je me suis impliqué en tant que président de l'association des internes des hôpitaux de bordeaux (2021-2023) et premier vice-président de l'ISNI (2022-2023). Ne m'étant encore jamais impliqué au sein du CLISP, j'ai souhaité pour ma dernière année d'internat mettre à profit ces expériences passées sur le poste de vice-secrétaire délégué aux affaires nationales. Mon cursus d'interne est plutôt orienté administration de la santé, ayant fait l'option cette année. J'ai donc hâte pour cette année de travailler à améliorer la formation des internes de santé publique et à promouvoir notre spécialité. »



Thomas CARDOT

**Rédacteur en chef du bulletin
Paris, 4^e semestre**

« J'ai un profil littéraire, mais j'ai suivi comme beaucoup le parcours scientifique, plus valorisé. Mon attrait pour la recherche et pour la prévention m'a alors orienté vers la santé publique. Aujourd'hui, fort d'une expérience dans plusieurs aspects du monde sanitaire, je compte partager de fructueuses informations de qualité dans ce bulletin quadrimestriel. Batifolez parmi les pages et emportez-en la substantifique moelle ! »



Tasnim FAREH

**Chargée de communication
EURONET
Lyon, 2^e semestre**

« Très heureuse d'être dans une spécialité où l'on peut véritablement avoir une approche holistique de la santé, je poursuis un internat où je peux à la fois monter en compétences au cours de mes stages et formations annexes, et où je peux également m'engager, et ceci sur le plan associatif. Aujourd'hui j'ai la chance de pouvoir participer aux associations locales, nationales (CLISP) et européennes (EuroNet), ce qui est particulièrement formateur. Et d'une certaine manière c'est aussi passionnant de pouvoir relier les mondes ;) Croquez votre internat de santé publique à pleines dents ! Et bonne lecture ! »



Mareva Geslin

**Webmaster
Rennes, 6^e semestre**

« La santé publique est une très belle spécialité, riche sur différents points, de ce fait j'ai souhaité depuis plusieurs années donner de mon temps libre dans le CLISP pour contribuer à ce DES. D'abord référente de subdivision, puis à la newsletter, j'ai à cœur de finir mon internat au sein du bureau. Le poste de webmaster est un bon moyen de gérer les problèmes potentiels avec créativité et d'assurer une vitrine à l'image de l'association. »



Victor GUEROU

**Chargé de mission actualités
Lille, 2^e semestre**

« J'ai découvert le monde associatif il y a de ça trois mois et cette expérience m'a déjà apporté de nombreuses compétences et connaissances que je pourrai réinvestir dans mon parcours professionnel. Les rôles du CLISP sont divers et variés, pour ma part, il m'a semblé évident de postuler à la mission actualités afin de transmettre des informations pertinentes et de partager les projets et congrès qui construisent chaque jour notre spécialité. »



Andaine LEGALLAIS

**Responsable communication
Montpellier, 2^e semestre**

« En début d'internat, le CLISP m'a aidée à m'orienter dans cette spécialité dont on parle peu durant les études de médecine. Puis j'ai participé au CNISP 2024 qui m'a convaincue de l'importance de l'associatif dans le partage d'informations et la compréhension de ce qui compose la Santé Publique. Le pôle communication permet donc de relier mes intérêts pour l'actualité et la création dans un objectif de partage, en ajoutant cette année des messages de prévention. A bientôt sur les réseaux ! »



Rudy ORGANINI

Chargé de coordination avec les représentant·e·s des subdivisions Rennes, 4^e semestre

« Durant ma première année associative, j'ai eu la chance de découvrir autant d'internats de Santé Publique qu'il y a de subdivisions et de créer avec chacune d'entre elles une relation particulière. C'est naturellement que j'ai souhaité prolonger l'aventure dans le but d'entretenir cette dynamique et si possible la développer. L'une des missions prioritaires du CLISP est indiquée dans son nom, faire du lien, et c'est à elle que je vais continuer de me consacrer en favorisant la participation de toutes et tous, tout au long de cette nouvelle année. »



Mélissa MOUCHEBOEUF

Chargée de l'événementiel Montpellier, 4^e semestre

« Mon dernier stage en interCHU à Bordeaux m'a permis de comprendre l'importance de m'ouvrir à de nouvelles perspectives, tant sur le plan professionnel que personnel. C'est ainsi que mon engagement au sein du CLISP, en particulier dans l'organisation d'événements sociaux, a pris tout son sens. Mon objectif est de créer du lien en proposant des programmes à la fois enrichissants et professionnalisants, tout en favorisant des moments de partage et de convivialité. Alors, n'hésite pas à participer à nos événements ! Tu verras, on sera bien ! »



Bérenger THOMAS

Chargé de mission Promotion de la spécialité Paris, 8^e semestre

« Après trois années au CLISP en tant que secrétaire général, président et vice-secrétaire chargé des affaires nationales, j'ai souhaité participer à nouveau à cette aventure collective pour mettre à profit l'expérience acquise et poursuivre mon investissement dans un sujet qui me tient à coeur : l'attractivité et la promotion de notre belle spécialité. L'objectif est à la fois d'améliorer la communication auprès des étudiants et de renforcer nos connaissances, notamment sur les facteurs d'attractivité de la spécialité, en valorisant autant que possible l'ensemble des travaux menés »

RETOURS DU CLISPRO

Le CLISPro résumé par le rédacteur

Thomas Cardot

Les 20 et 21 juin 2024 s'est tenu le CLISPro, un séminaire professionnalisant annuel, organisé par le CLISP à Paris.

C'est une formidable façon de se retrouver pour échanger et grandir ensemble, et pour interroger des médecins de santé publique qui viennent exprès pour discuter avec nous de leur expérience professionnelle, qui peut être très variée !

Cette année, le thème des présentations portait sur « la pédagogie en santé publique, savoirs et transmission ». Trois de nos intervenantes avaient pour point commun la recherche continue de la transmission et de l'échange. La Dre Laure Abensur Vuillaume est venue nous présenter ses projets de ludopédagogie. Léa Jay, chargée de projets au CRIPS - IDF, a animé un atelier sur les outils pédagogiques au CLISPRO, ce qui était justement le meilleur moyen de nous faire maîtriser ces outils. Enfin, Andréa Limbourg, chargée de projets au pôle ETP d'IDF, nous a invités à la suivre dans son engagement pour la pédagogie et la participation des patients.



Interview du Dr Laure ABENSUR VUILLAUME, médecin urgentiste et présidente de la société francophone de pédagogie innovante en santé.

Propos recueillis par Alice Vabre

AV Bonjour, merci beaucoup d'avoir accepté de réaliser cette interview. Tout d'abord, pourriez-vous vous présenter ? (parcours, spécialisation, projets actuels)

LAV J'ai un parcours que certains jugeront comme « atypique ». J'ai été sage-femme, d'abord en milieu hospitalier puis en libéral. En parallèle j'ai effectué un Master 2 en éthique et médecine légale, puis, tout en poursuivant mon activité de sage-femme en libéral, j'ai repris des études en médecine en 3ème année par passerelle. J'ai arrêté cette activité pour l'internat, où j'ai effectué un DES de médecine générale et un DESC de médecine d'urgence. En fin d'internat, j'ai débuté une thèse d'université que j'ai soutenue en 2020. J'ai exercé dans plusieurs services d'urgences, et je travaille comme praticien hospitalier, spécialiste en médecine d'urgence, depuis 2019 au CHR Metz-Thionville, avec une interruption d'un an pour un post doc dans un laboratoire de recherche international en ingénierie.

Mon activité aujourd'hui comprend une part non clinique d'activité de recherche et d'enseignement. Outre une activité importante de publication et d'encadrement de thèses et d'organisation d'ECOS, j'axe mes recherches sur l'innovation en santé, tant côté pédagogie que clinique. Je suis notamment investigateur coordinateur d'un projet de recherche sur de l'intelligence artificielle en régulation médicale (étude CHOICED) qui a été financé l'année passée par la DGOS.

Enfin, dans une volonté de transmettre, je suis également autrice et illustratrice d'album jeunesse « Les mamans médecins » à destination des 5-10ans, qui mettent en avant à la fois les professions médicales, tout en éduquant les jeunes enfants sur les fonctionnements des urgences, sur comment protéger son cœur, etc.



AV Vous êtes intervenue durant le CLISPRO 2024 sur la thématique de la ludopédagogie en santé, pourriez-vous nous raconter de quoi il s'agit ?

LAV Les sciences de l'éducation décrivent un lien ancien entre l'apprentissage et le jeu, et défendent activement l'idée selon laquelle l'enfant apprend à travers le jeu. La ludopédagogie (ou "gamification" en anglais) est le fait d'utiliser des mécanismes de jeu dans des contextes sérieux qui en sont dépourvus. L'intérêt est qu'elle va favoriser l'engagement des apprenants, la mémorisation des informations, l'identification, le travail en équipe, le droit à l'erreur et le transfert des connaissances sur le terrain. La ludopédagogie fait partie des pédagogies dites « actives ».

Ainsi, en plus d'être une façon de simuler dans son approche, la ludopédagogie porte aujourd'hui de solides preuves en matière d'augmentation du niveau de motivation des étudiants.

AV Comment vous êtes-vous intéressée à cette discipline en santé ?

LAV Mon lien avec le jeu est également ancien. J'ai toujours été joueuse et j'ai eu l'occasion d'explorer le jeu sous toutes ses formes : société, plateau, figurine, jeu de rôle sur table et en grandeur nature, escape game... En sus, j'ai animé organisé et écrit un grand nombre de jeux. J'ai commencé le jeu pédagogique pendant mes jobs d'été en tant qu'animatrice en centres aérés, puis le lien est venu de façon spontanée quand j'ai commencé à enseigner.

AV Et comment intégrez-vous cette approche/discipline dans votre pratique professionnelle ?

LAV A chaque niveau dans les enseignements, que ce soit pour les étudiants en médecine, l'organisation de congrès, ou l'enseignement des premiers secours auprès des enfants scolarisés, avec mes propres enfants. J'organise chaque année pour mes petits, un escape game dans la maison pour halloween, avec toujours cet aspect éducatif. Ils sont fans !

AV Quels sont, selon vous, les freins et les leviers à son utilisation en Santé ?

LAV Le principal frein à mon sens est sa mauvaise utilisation. Si la ludopédagogie a le vent en poupe, beaucoup affichent des jeux dans leurs formations qui n'en sont pas vraiment. Pour que l'effet du jeu soit réel en terme d'acquisition, il faut que la ludification soit réussie, ce qui n'est pas toujours le cas. Créer un jeu requiert une expertise importante.

AV Pourriez-vous nous raconter comment s'est passée pour vous la mise en place d'un (ou plusieurs) projet(s) de ludopédagogie ?

LAV Complexe à aborder ainsi. Chaque projet est unique. Tout dépend de la cible, des objectifs formatifs, du domaine à aborder. J'ai eu l'occasion de publier sur la méthodologie de création d'un escape game (Abensur Vuillaume et al, JMIR serious game, 2021).

AV Vous êtes la présidente de la Société francophone de la pédagogie innovante en santé (association à but non lucratif créée en 2021), pourriez-vous aussi nous en parler ?

LAV Nous sommes encore une jeune association en pédagogie médicale. L'idée est d'aborder sous un angle scientifique les méthodes pédagogiques innovantes en santé. Notre association est multidisciplinaire. Nous proposons à nos adhérents de créer une communauté autour de l'innovation pédagogique en santé. Nous organisons notamment des webinaires gratuits, que vous pouvez retrouver sur notre chaîne youtube @SFPIIS. Nous proposons l'encadrement de projet et de publication autour de l'innovation pédagogique en santé, dans un objectif d'émulation positive. Nous réunissons actuellement une trentaine de membres adhérents. N'hésitez pas à nous rejoindre !



Société francophone de
pédagogie innovante en
santé

Entretien avec Léa Jay, chargée de projets au CRIPS – IDF.

Propos recueillis par Thomas Cardot



TC Bonjour, merci beaucoup d'avoir accepté de réaliser cette interview. Tout d'abord, pourriez-vous présenter votre parcours ?

LJ Je suis juriste en droit de la santé de formation : j'ai suivi ma licence puis mon master en droit de la santé à Bordeaux, avec un stage en alternance à l'établissement français du sang. Puis j'ai voulu m'orienter vers la promotion de la santé, et pour me faciliter l'entrée dans ce monde, sans master de santé publique, j'ai effectué mon service civique au Planning Familial de Nouvelle Aquitaine. Après quelques expériences notamment à l'ARS Nouvelle-Aquitaine, je suis revenue au Planning familial en tant que chargée de projets sur des sujets d'égalité de genres et de santé sexuelle. Début 2022, je suis arrivée en tant que chargée de projets à l'accompagnement des professionnels au Centre régional d'information et de prévention du SIDA et pour la santé des jeunes d'Ile-de-France (CRIPS IDF). Je me suis formée à la formation sur le terrain, grâce notamment au savoir des collègues, et j'ai eu la chance d'avoir des formations maison au CRIPS.

TC C'est quoi le CRIPS IDF ?

LJ C'est une association historiquement tournée vers la prévention du SIDA. Il y avait des CRIPS dans chaque région, certains sont encore en activité comme ici en Ile-de-France. Nous sommes une structure de prévention et de formation, nos thématiques historiques sont l'éducation à la sexualité et la prévention liée aux consommations de drogues. Depuis quelques années, nous avons adopté une approche globale de la santé engendrant un élargissement de nos thématiques comme notamment la santé mentale, ou encore l'hygiène de vie, thématique chapeau dans laquelle on retrouve les enjeux liés aux écrans et réseaux sociaux, ou encore à l'activité physique. On agit auprès d'un public jeunes 13-25 ans, avec des actions ciblées auprès de certains jeunes avec des vulnérabilités en santé (jeunes de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, ou de l'Aide Sociale à l'Enfance, jeunes en insertion, jeunes en situation de handicap), et des publics clés de la lutte contre le VIH, comme notamment les personnes migrantes.

TC Et votre travail à vous, actuellement ?

LJ Comme on ne peut pas intervenir directement auprès de tous nos publics cibles, mon rôle est de former les professionnels de santé, de l'éducation ou du social à le faire. Mon temps s'articule d'une part autour des formations en promotion de la santé, pour tout type de professionnel : par exemple par un webinar sur les compétences psychosociales ; ou pour une équipe d'éducateurs spécialisés qui monte un projet de santé avec des personnes en situation de handicap. D'autre part, je travaille à des guides par exemple sur l'usage des écrans, et des fiches repères, pour que les professionnels aient accès à des informations fiables, à jour et pertinentes sur nos thématiques.

TC Vous êtes intervenue durant le CLISPRO 2024 sur la thématique des outils pédagogiques, pourriez-vous nous raconter de quoi il s'agit ?

LJ L'objectif de l'atelier était de faire comprendre qu'un outil s'inscrit dans un contexte, et d'apprendre à le choisir. L'outil est uniquement un moyen pour aborder un sujet, pour faire naître des échanges, ce n'est pas un but en soi : il faut donc choisir un outil adapté.

Pour cela, il faut premièrement trouver le moyen de connaître parfaitement son public : par exemple, est-ce que les personnes ont des difficultés à comprendre ma langue ?

Il faut ensuite savoir définir les objectifs en priorité, pour que l'outil serve les objectifs et pas l'inverse : même si l'outil est très beau, le message va être à côté de la plaque s'il ne correspond pas aux objectifs d'intervention.

Troisièmement, il faut savoir prendre en compte le contexte de l'animation car en fonction du nombre de personnes on ne pourra pas employer les mêmes outils : dans un stand il en faut un rapide, percutant, facile à comprendre, alors qu'avec un petit groupe sur plusieurs heures, on va pouvoir utiliser des jeux de plateau plus construits. Enfin, il faut surtout être capable d'animer l'outil, de mener le groupe, en faisant des questions de relance. C'est un métier l'animation en santé, qui peut s'acquérir par des formations et de l'expérience, et surtout du travail pour s'appropriier l'outil en amont. On peut débiter par des outils faciles : par exemple des vrais-faux, des quiz, des débats mouvants... J'avais pu proposer aux internes des brochures et des jeux faciles pour qu'ils puissent entrer directement en interaction, car l'intérêt des outils c'est de faire participer les publics, pas d'avoir une approche descendante. Souvent les personnes connaissent les formats, donc ils vont pouvoir se prendre au jeu et se mettre au cœur des échanges.

L'autre objectif de l'atelier était de rappeler l'importance de l'approche positive : c'est le seul moyen pour faire passer des messages et pour impliquer les professionnels et les publics. On sait aujourd'hui qu'une approche par les risques ne fonctionne pas.

TC L'approche par les risques ne marche pas du tout ?

LJ Le meilleur exemple qu'on donne en général, c'est les images qui font peur sur les paquets de cigarettes. Est-ce que les personnes qui voient leurs paquets de cigarettes se disent : « j'arrête de fumer » ? La plupart des personnes qui vont être approchées par une intervention sur les risques finalement vont être soit dans le déni, soit ne vont pas s'identifier au public cible, soit vont le tourner en dérision. Certains achètent carrément des caches sur les paquets de cigarettes pour éviter d'être confronté à ça. En plus, la prévention par la peur peut créer de la stigmatisation, notamment sur le VIH. Enfin, cette approche ne permet pas aux gens de savoir comment se protéger. Il faut privilégier l'approche positive, où on va donner des informations à bon escient, avec des solutions, pour changer les croyances et les attitudes des personnes. Moi je n'informe pas sur un risque si derrière je n'ai pas de solution à proposer, c'est contre-productif, car on va faire peur aux gens qui ne vont plus du tout écouter notre message.

"Pour bien choisir un outil, il faut d'abord connaître parfaitement son public, puis définir ses objectifs. Après on affine son choix en fonction du contexte, et de ses capacités."

Comment préparez-vous vos interventions, en général ?

Ça va beaucoup varier d'une intervention à l'autre : du conseil individuel, des ateliers de groupe de quelques heures, l'accompagnement d'une équipe sur plusieurs mois... En général, on va s'adapter aux contraintes temporelles des structures. Par exemple, pour l'atelier dans lequel je suis intervenue, j'avais 2 heures. Il faut aussi faire en fonction des possibilités du public. Par exemple, pour certains publics en situation de handicap on ne peut pas intervenir deux heures, sinon c'est trop sollicitant. Donc on prépare en fonction des contraintes et de l'objectif, après avoir diagnostiqué les besoins et défini le public cible.



Quels sont, selon vous, les freins et les leviers pour que les professionnels utilisent des outils pédagogiques ?

La peur du manque de légitimité est le premier frein pour mener des animations en promotion de la santé. Souvent les professionnels ne sont pas à l'aise à se dire intervenants en promotion de la santé, et restent sur leurs acquis universitaires en se disant « on ne m'a pas appris ça dans mon institut de formation, ce n'est pas mon métier ». Par symétrie, le gros levier c'est la formation, même si parfois notre accompagnement permet juste de débloquer de petites choses, de donner confiance aux professionnels sur des choses qu'ils maîtrisaient déjà un peu. Car le but, ce n'est pas de tout savoir, c'est de savoir faire passer des messages clés. Il y a aussi un enjeu financier pour être accompagné, mais nous bénéficions de subventions de l'Agence Régionale de Santé et de la région Ile-de-France sur un certain nombre de projets, par exemple pour former les futurs professionnels de santé présents au CLiSPRO... Enfin nous travaillons à diffuser notre travail et à le rendre accessible, par exemple avec des guides en ligne, des outils pédagogiques et des fiches thématiques, que je vous invite à venir consulter sur notre site !



Entretien avec Andréa Limbourg, chargée de projets au pôle ETP : pédagogie et participation des patients.

Propos recueillis par Thomas Cardot

TC Bonjour, merci beaucoup d'avoir accepté de réaliser cette interview. Tout d'abord, pourriez-vous vous présenter ?

AL Je viens de l'Ontario. J'ai fait un master en promotion de la santé, et je suis arrivée en France il y a 22 ans, à une époque où les premières formations en promotion de la santé apparaissaient à peine en France. J'ai collaboré avec des associations pour développer des programmes d'éducation pour la santé, et avec des établissements de soins pour des programmes de promotion de la santé. Puis j'ai eu une expérience plus proche du terrain dans un hôpital pédiatrique où j'ai monté un projet pour et avec des ados atteints de maladie chronique, afin que leur transition entre pédiatrie et services pour adultes soit optimale.

Je suis aussi patiente experte, et membre du Conseil d'Administration de la Fédération française des diabétiques d'Île de France, et je suis impliquée dans divers projets, allant de l'aide locale entre pairs, à la participation de patients à des congrès internationaux.

TC C'est quoi l'éducation thérapeutique du patient ?

AL Un programme d'ETP concerne les maladies chroniques sur la liste des Affections de Longue Durée (on voit là les limites imposées par la loi). Ces programmes « visent à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (définition OMS). Ils s'adressent aux patients, avec une part plus ou moins grande des aidants, notamment dans le cas de petits enfants, ou de maladies dégénératives.



TC Comment vous êtes-vous intéressée à ces sujets ?

AL J'ai un diabète de type 1 et une maladie cœliaque. J'ai très tôt eu un intérêt pour la médecine, mais c'était compliqué de coordonner des études de médecine avec la maladie. Lors d'une conférence où je m'étais rendue presque par hasard, j'ai découvert la santé publique, et ça se mariait bien avec ma formation en biologie humaine. Tout cela combiné à mon intérêt pour les questions éducatives et de soutien, m'a amené naturellement vers l'implication des patients atteints de maladies chroniques dans tous les niveaux du système de santé.

TC Pouvez-vous nous parler de votre travail au sein du Pôle de ressources en ETP ?

AL Nous sommes une association composée de professionnels de santé et de patients partenaires, avec des financements par l'ARS, la Fondation de France, etc. Notre fonction de base c'est le développement de l'éducation thérapeutique en Ile-de-France, par de l'appui aux acteurs de terrain. Bien que les programmes d'ETP soient pour 85% dans les établissements de santé (hôpitaux publics ou privés), on essaie d'avoir un focus sur les structures de ville : associations de patients, maisons de santé, professionnels libéraux.

On travaille aussi à la coopération en santé (l'intégration du patient au sein d'équipes soignantes notamment) et à l'accompagnement à l'autonomie en santé : par exemple, on est en train de finaliser un appui aux parents avec des enfants autistes, pour favoriser le travail entre parents et professionnels, avec des séances éducatives pour les parents. Même si ce n'est pas strictement de l'ETP, puisque l'autisme n'est pas une maladie chronique (cf question précédente).

TC Pouvez-vous nous parler de ce que vous avez présenté aux internes lors du CLiSPRO ?

AL Je vais même vous donner accès au contenu : Internes SP (genially.com). Avec mon premier slide je suis vite entrée dans l'interaction, en demandant aux internes ce que leur évoquait « la posture éducative ». Il y a eu une variété de réponses, qui nous ont mené à parler de la manière de favoriser la mobilisation de l'expertise du patient : j'ai rappelé que le plus important dans la posture éducative ce n'est pas de donner tout de suite des informations mais d'abord d'écouter, pour comprendre le besoin et pouvoir alors donner les ressources nécessaires. C'est la différence entre la posture soignante où je vais prendre soin de l'autre, versus la posture éducative où je vais aider l'autre à prendre soin de lui-même. J'ai alors parlé de l'utilité du bilan éducatif partagé. On a ensuite échangé autour de « language matters » : l'importance de comprendre le « jargon » du patient sur sa maladie ; l'importance d'éviter les langages de guerre contre la maladie, car on est plus productif en travaillant avec la maladie ; l'importance des questions ouvertes...

Ensuite, j'ai parlé des différentes catégories de savoir des personnes (relationnel, expérientiel...), et comment elles sont mises à profit dans le partenariat patient. Enfin tout le monde a contribué à réaliser mon dernier slide, en écrivant ce qu'ils avaient retenu. Et j'étais contente de voir que le travail collaboratif, la co-construction, le partenariat sont revenus assez fréquemment.

TC À votre avis, c'est quoi les freins et les leviers à l'utilisation de l'éducation thérapeutique ?

AL Le plus dur c'est d'atteindre les personnes qui ont un réel besoin, qui ont plus de difficultés à interagir avec le système de santé parce qu'elles ne parlent pas bien français, ou sont éloignées du soin pour des raisons socio-économiques. D'autre part, l'offre est inégale sur le territoire : l'attente peut durer un an, pour avoir une semaine d'ETP. D'ailleurs seules 4% des personnes qui sont éligibles à des programmes d'ETP en font. Mais les personnes un peu éduquées savent trouver les ressources pour aller plus loin dans l'éducation sur leur propre maladie.

Le plus grand levier, sur lequel je travaille actuellement, c'est le partenariat, l'inclusion des patients, des aidants, dans les équipes éducatives.

Les patients sont très enthousiastes, mais il y a un enjeu de formation à l'animation. De même, il y a un enjeu d'acceptation par les soignants, qui passe aussi par un accompagnement, pour mettre en place cette coopération. Enfin je dirais que ce qui marche dans l'ETP c'est d'être le plus personnalisé possible, de s'adapter aux capacités des personnes afin de trouver ce qui marche le mieux pour elles.

TC Vous êtes aussi membre de l'association des diabétiques d'Ile-de-France, pouvez-vous en parler ?

AL On est une association de bénévoles qui regroupe au niveau régional des patients experts, des personnes formées à l'ETP, avec pour but d'informer, accompagner par les pairs, et défendre les patients diabétiques, en lien avec la Fédération Française des Diabétiques. On a des cafés diabète mensuels par exemple, et on participe à des programmes de prévention, spécifiquement dans le 93, très touché par le diabète. L'exemple typique de notre action c'est permettre aux patients d'échanger entre eux sur les facteurs qui influencent leur glycémie : cela va bien au-delà de l'alimentation, l'activité physique et l'insuline ou les médicaments, il peut y en avoir plusieurs dizaines y compris stress, météo, etc. Alors on échange sur les difficultés qu'on peut avoir, mais aussi les astuces qu'on trouve pour avancer.

TC Est-ce que vous avez des projets qui pourraient intéresser les internes ?

AL Au pôle ETP on a des événements ouverts aux médecins comme aux patients : je vous invite à venir à l'agora du 26 novembre (<https://www.poletp.fr/fr/evenements-pole>).



mardi
26 novembre 2024
10h / 17h

Le pôle ETP IdF
vous invite

2^{ème} agora
de l'ETP


Enclos REY
57 Rue Violet
Paris 15

  **Pôle de ressources ÎLE DE FRANCE**
en éducation thérapeutique du patient



Focus sur

les rôles de l'ARS
IDF à l'occasion des
JOP : **promotion de la
santé, veille et
sécurité sanitaire**



PRÉVENTION PROMOTION DE LA SANTÉ : ÉCHANGE AVEC LE DÉPARTEMENT SPORT SANTÉ

A l'ARS d'Ile-de-France, c'est principalement la Direction de la Santé Publique (DSP) qui est en charge de la prévention : échange avec une partie de l'équipe du département sport santé, au sein de la DSP : Dr Roberta Zanchi, Mathilde Lorrillard, Chloé Lidurin.

Propos recueillis par Thomas Cardot

TC Bonjour, merci de vous être rendues disponibles pour cette interview croisée. Pouvez-vous nous parler de votre travail à l'ARS IDF ?

Mathilde Lorrillard Bonjour ! Je suis chargée de mission, embauchée en renfort JO pour gérer l'Appel à Manifestation d'Intérêt lancé en 2022 et qui va se terminer fin 2024 : il a pour but de promouvoir le sport santé sur les territoires d'Ile-de-France, orienté vers les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) et les publics éloignés de l'activité physique. On a reçu une enveloppe dédiée de la Direction Générale de la Santé, dans le cadre du plan Héritages, pour une période de 3 ans, avant et autour des JO, et on va pouvoir financer des projets portés par les villes, les assos, etc. Nos trois axes étaient : développer la pratique quotidienne d'une activité physique volontaire chez le plus grand nombre ; faciliter l'accès d'une activité physique pour les personnes éloignées, avec une adaptation en fonction du genre, de la santé, de l'environnement ; et favoriser l'accès aux personnes atteintes d'une maladie chronique.

Chloé Lidurin Je suis aussi arrivée comme chargée de mission en renfort à l'occasion des JOP, sur des appels à projets avec 400 000 euros de l'ARS, à thématique de santé mentale, santé environnement, santé sexuelle, activité physique, alimentation et addiction, financés pour la période des JOP. Je suis en train de faire le bilan des rapports d'activité, et on voit que ça a permis de lancer des projets, qui vont être continués, et financés par les collectivités ou des associations. Par exemple, les stands d'information avec distribution de matériel de prévention ont très bien marché. Dès qu'il y a un aspect ludique notamment, ça marche très bien.



Roberta Zanchi Je suis médecin référente en prévention des maladies chroniques (diabète principalement) et en sport santé. Au lendemain de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, qui a donné la possibilité aux médecins de prescrire de l'activité physique adaptée aux patients en affection de longue durée, l'ARS et la Direction Académique à la Jeunesse, à l'Enseignement et au Sport (DRAJES) ont mis en place le réseau Prescri'forme pour développer le sport sur ordonnance. La loi de 2022 a ensuite ouvert à un nombre de bénéficiaires plus large : toutes les maladies chroniques, les pertes d'autonomie, et selon des facteurs de risques. Depuis 2019, l'ARS et la DRAJES contribuent également au déploiement des Maisons Sport Santé (MSS), des structures reconnues dans le code de la santé publique, créées pour accueillir et orienter les personnes qui veulent pratiquer une activité physique et sportive à des fins de santé quels que soient leur âge ou leur état médical. En Ile-de-France, les 83 MSS habilitées se distinguent par l'hétérogénéité de la nature juridique des entités qui les portent : celles-ci peuvent être

soit publiques, soit privées, à but lucratif ou non (44% sont des associations). 47 MSS sur 83 MSS habilitées sont situées à proximité d'une zone QPV, permettant ainsi de toucher la population prioritaire. Des MSS sont spécialisées dans des thématiques comme par exemple la santé mentale, le cancer, la prise en charge des femmes avec diabète, l'hypertension ou l'obésité.

Le « sport-santé » recouvre la pratique d'activités physiques ou sportives qui contribuent au bien-être et à la santé du pratiquant. (OMS)



TC C'est quoi la différence entre sport, activité physique et activité physique adaptée (APA) ?

ML et **CL** : le sport c'est l'aspect compétition. L'activité physique c'est bouger, c'est beaucoup plus démocratique. Et à partir du moment où le médecin prescripteur a demandé de faire attention, d'aller vers des éducateurs d'activité physique adaptée (EAPA), c'est de l'APA.

RZ : l'activité physique adaptée (APA) est un programme structuré et limité dans le temps, adapté aux limitations du patient, et dispensé par des éducateurs APA. La HAS a bien défini tout ça, avec pour l'APA des programmes durant en général trois mois.

TC La grande cause nationale parle seulement d'activité physique, pourtant elle n'est rien sans le sommeil, la nutrition, le bon rythme de vie !

ML : sur les stands de prévention, même si la porte d'entrée principale c'est parler d'activité physique, on parle finalement toujours d'autres sujets, en arborescence : sommeil, nutrition... Peut-être que demain la porte d'entrée à la prévention sur ces sujets, sera la nutrition !

CL : tu peux te renseigner sur le Programme National Nutrition Santé 4 sur le site du ministère.

TC Quelles autres actions avez-vous en prévention et promotion de la santé, Dr Zanchi ?

RZ : Sur le diabète par exemple, on finance des actions de sensibilisation et de dépistage, en lien notamment avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) pharmacien et la Structure d'Expertise et de Ressources Diabète en Ile-de-France ; dans le cadre du Plan Régional de Santé (PRS), on a écrit une feuille de route diabète qui va être publiée prochainement. L'ARS Ile-de-France participe à de nombreuses expérimentations « Article 51 » avec la mise en place d'un parcours APA pour des pathologies cardiaques, respiratoires, l'obésité, le cancer (CAMI Sport et Cancer, GPSO, Inpir'Action, SLL, Walk Hop, Read-hy, Mam'en Forme, MPSAT).

TC Comment s'organise le travail avec les partenaires : les délégations départementales (DD) et la délégation régionale du ministère des sports (DRAJES) ?

RZ : c'est toujours très main dans la main, on assure les financements ensemble. Un Comité de Pilotage ARS/DRAJES met en place un processus d'habilitation et de suivi des MSS, avec une instruction départementale (faite par les DD du côté santé, et les SDJES de l'autre) coordonnée au niveau régional. Notre implication dans les politiques publiques se fait communément, notamment dans la grande cause nationale. Nous co-portons un Système d'information Sport Santé, mis à disposition des acteurs du territoire. Nous faisons des journées portes ouvertes, des journées régionales et départementales de coordination des acteurs du Sport Santé, des séminaires, et nous nous fixons des objectifs communs (coordination des financements surtout).

ML : la DRAJES va toujours nous laisser la main pour le côté santé bien qu'ils aient des médecins de leur côté, et pour l'application sur le terrain ils ont souvent davantage la main.

CL : concernant la fanzone JOP du château de Vincennes, la DD du département 94 était aussi présente que nous. Les gens venaient pour des bouchons pour les oreilles, et repartaient avec plein de notions de prévention.

TC : **une des priorités de l'ARS IDF, ce sont les inégalités sociales de santé, comment ça s'inscrit dans votre travail ?**

CL : on a pu toucher pas mal de publics éloignés du système de santé lors des JOP : personnes en situation de handicap, sans hébergement, des travailleuses du sexe... par le financement d'assos qui faisaient des maraudes, mais aussi grâce aux stands dans les fanzones. Dans notre cahier des charges on avait prévu de prioriser les actions en Quartiers Prioritaires de la politique de la Ville (QPV), mais finalement Mathilde a travaillé davantage que moi pour les QPV, car dans son cahier des charges il y avait vraiment l'obligation d'être dans un QPV.

ML : oui on a financé des activités gratuites, malheureusement peu côté APA, mais au moins on a beaucoup facilité l'accès à l'activité physique : les acteurs de terrain ont par exemple utilisé les subventions pour développer du multisport en périscolaire, des parcours santé accessibles à tous le long des espaces naturels... Certains organisaient des événements ponctuels, ciblés, par exemple pour des séniors.

RZ : toute la stratégie des MSS tourne autour des ISS, d'ailleurs on les développe prioritairement dans les QPV.



TC : **et vous-mêmes, avez-vous assez de temps pour l'activité physique ?**

ML : bien qu'on manque souvent de temps, on y arrive, grâce notamment à des éducateurs sportifs qui viennent le midi animer la salle de sport à l'ARS !

TC : **Est-ce que vous avez des événements à conseiller aux internes ?**

RZ : les rencontres des MSS à Vichy sont très intéressantes, c'est tous les ans en juin. Les Centres spécialisés de l'obésité (CSO) organisent des journées régionales obésité, au mois d'octobre chaque année. On a l'Institut de myologie qui est assez actif, avec le congrès international de myologie en avril, et des colloques nationaux sur la musculation santé. Le congrès de l'ISPAH... L'ARS et la DRAJES organisent chaque année une journée régionale sport santé. Vous pourrez retrouver beaucoup de choses sur la page de l'association « pour une France en forme ». Et puis concernant des formats plus grands publics, l'ARS IDF participe depuis deux ans à la fête de l'humanité avec un stand, ou à des grands événements de santé publique, comme octobre rose.



VEILLE ET SÉCURITÉ SANITAIRE

Entretien avec le Dr. Alexis ARDOIN, Responsable du Département Défense et Sécurité à l'Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France.

Propos recueillis par Thomas Cardot



TC Bonjour Alexis, merci d'avoir accepté cet entretien, peux-tu nous raconter ton parcours ?

AA Dès mon externat à Créteil, j'ai eu un investissement associatif et d'élus étudiant qui m'ont donné un goût assez prononcé de la gestion de projet et donc de la santé publique. J'ai découvert qu'on pouvait avoir un impact sur un groupe complet de personnes, ici les étudiants. Cela m'a donné du recul et le goût pour une vision transversale des choses. J'étais réserviste de la réserve sanitaire, et en 2009 j'ai dû gérer la réquisition des DCEM4 pour la campagne de vaccination de la grippe A/H1N1. On peut dire que, comme pour Obélix, je suis tombé dans « la marmite de la veille et sécurité sanitaire » tout petit. J'ai passé les ECN 2015 et mon internat à Reims, que j'ai orienté vers la veille et la

sécurité sanitaire : j'ai fait deux semestres en qualité gestion des risques, qui est le substrat scientifique et philosophique de la gestion de crise, et j'ai fait ma thèse dans ce domaine. J'ai suivi le master 2 Risques Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique et Explosif (NRBC) du Val-de-Grâce, et j'ai fait un semestre hors filière en laboratoire de bactériologie et biologie. Cela m'a permis d'appréhender le monde de la biologie médicale, en plus d'apprendre à concrètement faire des prélèvements et analyses bactériologiques (coloration de gram, boîtes de pétri, les PCR, etc.).

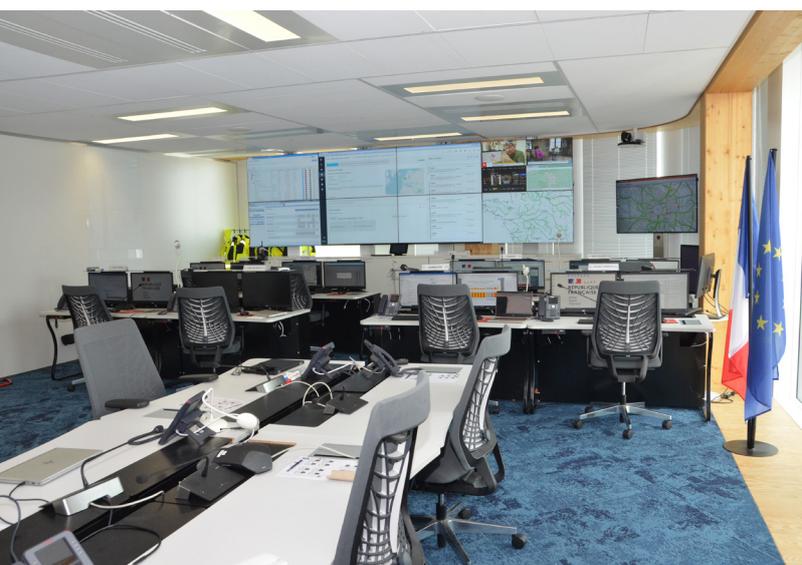
TC C'est lié à la veille ?

AA Totalement ! Pendant un exercice de gestion de crise de mon M2, animé par le CORRUSS, sur la même thématique d'un attentat terroriste au charbon, je me suis aperçu qu'il y a plein d'éléments à mettre en place en termes de gestion de crise, dans l'attente des résultats biologiques. Or grâce à l'externat, j'avais une connaissance des services cliniques de l'hôpital ou du bloc opératoire, mais je ne savais pas ce qu'était un laboratoire. J'avais besoin de comprendre les contingences de services, l'organisation et la « vie de service » que tu ne peux connaître qu'en y travaillant. Ces connaissances sont très utiles à la vision transversale de santé publique. J'ai évidemment aussi beaucoup appris en bactério-viro-parasitologie ainsi que sur les gènes de résistance, le diagnostic biologique, le pré- et post-analytique... Cela m'aide encore maintenant. C'est plus simple de discuter avec des biologistes lorsque qu'on connaît les termes et concepts du milieu, et c'est l'une des plus-values du médecin de santé publique, en particulier en administration de la santé : être un traducteur permettant à tous de se parler. Enfin, j'ai fait mon sixième semestre au CORRUSS, à la Direction Générale de la Santé, et mon huitième semestre à Santé Publique France, Direction Alertes et Crises : un semestre un peu mixte entre le siège et la Cellule d'Intervention en Région Grand Est, donc avec un aspect territorial très intéressant.

Mon parcours étant cohérent professionnellement et m'ayant permis d'être totalement formé, en décembre 2019 je deviens médecin de veille et sanitaire au département veille, alerte et gestion sanitaire (DVAGS) à l'ARS Île-de-France. C'est le service régional qui enquête et organise les mesures de gestion autour des cas de maladies à déclaration obligatoire. En janvier 2020, je suis sur les premiers cas importés d'un nouveau virus nommé à l'époque « n-COV », et qui deviendra donc le COVID-19. J'ai ainsi été sur les investigations des premiers cas importés et du premier cas autochtone de COVID-19 en Île-de-France. J'ai par la suite été au cœur de toute la montée en charge de l'Agence sur la gestion du COVID19, avec plus tard l'arrivée percutante des différents variants, puis de la vaccination. Je me suis concentré sur les enquêtes épidémiologiques et la gestion des différents clusters, notamment dans le cadre des événements super-propagateurs.

TC Quelles difficultés avez-vous eues à l'époque ?

AA Je pense que la difficulté principale est due à l'histoire des épidémies en France. En 2009, il y a eu la grippe A/H1N1, qui finalement n'a eu que peu d'impact. Les épidémies de coronavirus étaient connues avec le SRAS en 2003, qui a fait peu de cas mais qui a été très létal, puis le MERS-CoV en 2012 qui avait fait plus de cas, mais peu de cas graves. Ces deux épidémies n'ont finalement pas évolué en pandémie, et cela a impacté la représentation collective. Au départ de l'épidémie de COVID19, une partie non négligeable de la communauté s'interrogeait sur le réel potentiel pandémique. C'est là où l'expertise d'un médecin de santé publique est utile, tant dans la connaissance des outils épidémiologiques que dans l'analyse des grandes tendances.



TC C'est quoi la place d'un médecin de santé publique dans l'administration ?

AA Comme disait le Pr Alain SUPIOT dans une leçon inaugurale du collège de France, il faut être à la fois « phare et balise » : la balise qui permet de savoir où nous en sommes dans le « brouillard de la guerre », et le phare qui peut éclairer la zone vers laquelle aller. Il faut donc savoir évaluer la balance risque-bénéfice, identifier rapidement ce qui est important de ce qui l'est moins. C'est ça l'expertise d'un médecin de santé publique en gestion de crise. Après il faut savoir faire la part des choses, et il faut se rappeler de la réalité des responsabilités dans un système hiérarchisé : qui a la responsabilité de la décision ? Soit on a un rôle d'expertise, soit on est décisionnaire. Et parfois, pour le corps médical dans l'administration, il peut être complexe d'identifier ces responsabilités. Le médecin de l'administration a les mêmes droits et devoirs que tous ses collègues : devoir d'honnêteté et d'intégrité dans son expertise, mais aussi devoir de loyauté et de réserve vis-à-vis de son administration. C'est pourquoi la décision est prise par « celui qui signe en bas de la feuille », et en ARS c'est le directeur général, ou son représentant dûment identifié. Car c'est lui qui est comptable des décisions prises, comme on a pu le voir pendant les enquêtes parlementaires autour de la gestion du COVID19, où le DG de l'ARS IDF a répondu aux questions de la représentation nationale.

Médecin de santé publique en veille sanitaire, on est à l'interface de plusieurs mondes : le monde administratif, le monde budgétaire, les équipes techniques. On est à l'interface des collègues, des confrères, des consœurs, dans les établissements de santé, dans les établissements médico-sociaux, avec les professionnels de ville. On est aussi à l'interface avec le ministère de l'Intérieur, que ce soit sur sa composante sécurité civile, avec les associations agréées de sécurité civile (ex : Croix-Rouge), les sapeurs-pompiers, mais aussi les aspects sécuritaires, donc forces de sécurité intérieure (police ou gendarmerie), les préfetures, les forces d'intervention. On est à l'interface avec le ministère de la Défense, tant sur sa part Services de Santé des Armées, mais aussi avec notamment la force sentinelle qui peut, comme police et gendarmerie, venir sécuriser les hôpitaux en cas d'attentat. Donc forcément, ce sont des acteurs avec qui nous échangeons.

Enfin de manière plus générale, je pense que les médecins du DES de santé publique sont amenés, pour ceux que cela intéresse, à avoir des fonctions d'encadrement dans l'administration de la santé, notamment par cette capacité à « parler à tous » et avoir une vision globale des choses. C'est dans notre formation de connaître tous les milieux, et de travailler en transversalité aux services des patients.

TC Quelles sont les différences entre défense et sécurité sanitaire, par rapport à la veille ?

AA La veille et sécurité sanitaire est une mission historique et régaliennne de l'administration sanitaire, elle existait déjà dans l'une des structures qui pré-existaient avant les ARS : les Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

La mission de veille sanitaire se répartit selon deux axes : l'évaluation de risque avec les investigations épidémiologiques, et ensuite l'application de mesures de gestion. Un exemple classique et historiques est la gestion des infections invasives à méningocoque : une personne a une maladie transmissible, et peut en contaminer d'autres. Ces personnes peuvent être protégées par la prise rapide d'un traitement antibiotique ou par une vaccination. L'objectif est donc d'identifier ces contacts et le plus rapidement possible les protéger.

Concernant la mission de défense sanitaire, elle échoit au département défense et sécurité, dont je suis le responsable. Elle se répartit aussi en deux missions. Une première mission plutôt « à froid », est la planification sanitaire : nous sommes en responsabilité des plans de gestion de crise de tout le système de santé de la région, touchant le sanitaire, le médico-social et la ville. C'est la planification ORSAN. J'ai piloté l'année dernière la mise à jour de ces plans dans l'optique des Jeux Olympiques de Paris 2024. Les plans ORSAN traitent différents risques, que ce soit sur l'aspect accidentel ou sur l'aspect malveillant : le risque d'afflux massif de victimes, comme par exemple lors de l'attentat terroriste du 13 novembre, ou de l'accident de train type Bretigny-sur-Orge, avec les questions d'urgences médico-psychologiques qui y sont liées. Le risque nucléaire radiologique chimique, comme l'incendie de l'usine Seveso Lubrizol à Rouen en 2019. Les risques climatiques : les vagues de chaud, les vagues de froid et les inondations, avec les impacts sur la continuité électrique à assurer pour les hôpitaux. Le risque épidémique et biologique : Covid19, MPOX, et autres risques de maladies émergentes. Et enfin, le risque Cyber : les cyberattaques ou les pannes de data center.

La seconde mission « à chaud » concerne la gestion de crise pure et dure. C'est l'application des doctrines que nous avons définies dans la planification, adaptées à la situation et aux remontées de terrain. Nous gérons tout événement qui a un impact direct ou indirect sur le système de santé dans son ensemble. Donc en plus des exemples que j'ai donnés précédemment lorsque j'ai parlé de la planification, je peux te citer par exemple en 2022 quand il y a eu des grèves sur les dépôts pétroliers, et nous avons dû gérer des réserves d'hydrocarbures

très limitées : comment, dans les priorisations, on fait pour que le système de santé soit bien identifié comme prioritaire ? Est-ce que les véhicules des SMUR sont bien approvisionnés ? Mais c'est aussi se poser la question, quid de l'IDE libéral qui vient donner les AVK et autres traitements vitaux en zone rurale ?

TC La cellule de crise se met en place dès qu'il y a une crise ? Quel y est ton rôle ?

AA C'est le département que je pilote qui a en responsabilité la cellule de crise de l'Agence, on l'appelle techniquement la CRAPS, ou cellule régionale d'appui au pilotage sanitaire. Tu as un niveau de veille classique, la plateforme de veille et d'urgence sanitaire ; un niveau de veille renforcé ; et le troisième c'est l'activation de la crise.

Le concept à retenir est qu'une crise est une rupture capacitaire.

C'est donc très dépendant du lieu de survenue de l'évènement et du moment où il survient. Au final, on a une méthode d'action très proche de la médecine, on commence par des actions réflexes pour parer au plus urgent et stabiliser la situation, et ensuite il va y avoir des phases de réflexion pour construire une réponse adaptée. Typiquement, il y a quelques années nous avons activé une cellule de crise pour une cyberattaque majeure dans un établissement de santé, parce qu'à l'époque nous ne connaissions que peu ce risque-là. Nous avons dû innover et inventer des solutions. Maintenant que ce risque est mieux connu et prévu, s'il y a un problème de systèmes d'informations, on n'active pas forcément de cellule de crise parce qu'on est en capacité de gérer sans devoir augmenter le niveau de posture.

La cellule de crise est armée par mon département en heures ouvrées, et en heures non ouvrées, il y a des systèmes d'astreinte qui permettent de prendre les premières mesures le temps qu'on active la cellule de crise.

Mon rôle est celui du « chef de salle », je gère l'ensemble des pôles en salle de crise, afin d'apporter les éléments les plus fiables à la Direction Générale, qui a pour rôle de prendre la décision, la meilleure en l'état actuel des éléments portés à sa connaissance. On navigue un peu à vue au début, parce que la situation n'est jamais tout à fait la même que la dernière fois, ou que ce qui est prévu dans le plan. Mais cela n'est pas un problème, car justement on s'entraîne à être surpris et à trouver des solutions originales et innovantes. C'est aussi cela qui rend ce métier attractif.

TC Pendant les Jeux Olympiques et Paralympiques de Paris 2024 (JOP2024), vous avez activé la cellule de crise ?

AA Notre travail a d'abord été en amont sur l'organisation du protocole sanitaire, pour gérer d'une part l'accès au soin habituel des patients malgré les contraintes de mobilité, et anticiper d'autre part une situation sanitaire exceptionnelle, qui peut être une canicule, un mouvement de foule, un attentat, une épidémie... Notre enjeu est d'anticiper les problèmes et de s'être organisé pour les résoudre. Pendant les JOP2024, nous avons activé une cellule de crise prudentielle : tous les jours de 6h à minuit, nous étions présents en salle de crise et en capacité de faire remonter rapidement toute information, sur des situations précises demandées par la préfecture de police ou le ministère de la Santé. C'étaient les mêmes missions « qu'en temps normal » mais avec encore plus de réactivité, ce qui se comprend vu l'ampleur et l'importance de l'évènement. Tout s'est finalement très bien déroulé pour ce magnifique évènement sportif et culturel, et nous pouvons nous féliciter de la qualité de la préparation qui a pris plusieurs années.

TC Comment vous positionnez-vous par rapport à l'évolution du moustique-tigre et donc l'arrivée probable sur le territoire de futures zoonoses en métropole ?

AA Une grande partie des maladies vectorielles (dengue, chikungunya, zika, paludisme) sont des maladies à déclaration obligatoire et donc suivies de près par l'Agence. Nous sommes aussi chargés des actions de lutte antivectorielles (LAV) au premier rang desquelles les démoustickations. La colonisation de plus en plus de villes et de départements de la région Île-de-France par le moustique-tigre est liée au réchauffement climatique et aux déplacements humains, en pratique on ne peut pas l'arrêter. Les régions du Sud de la France sont déjà fortement touchées depuis plusieurs années. L'enjeu des années à venir est d'accompagner au mieux cette émergence, en faisant évoluer les politiques publiques pour protéger le plus efficacement les personnes les plus vulnérables à ces pathologies. C'est une émergence avec une cinétique plus lente que le COVID19 ou même MPOX, donc les mesures de gestion sont différentes. Ce sujet est un bon exemple de l'action « One Health » de l'Agence, car nous sommes pile à la jonction de la santé humaine (arboviroses), santé animale (entomologie), et santé environnementale (produits de démoustickation).

TC Est-ce qu'il y a une articulation entre la veille et sécurité sanitaire (VSS) et la prévention promotion de la santé (PPS) ?

AA Elles sont très liées. D'un côté la surveillance et la prévention et de l'autre la réponse lorsque l'évènement survient. Un bon exemple de collaboration PPS/VSS est l'épidémie actuelle de MPOX, et la campagne de vaccination organisée autour d'une potentielle vague épidémique (due au variant de la clade 1b de MPOX, suite à l'épidémie en République Démocratique du Congo). Les relais communautaires sont des partenaires côté PPS, qui sont à mobiliser pour s'assurer de l'adhésion de la population cible à cette campagne vaccinale. Le côté VSS est lui mobilisé pour le diagnostic clinico-biologique et la prise en charge des patients atteints potentiellement de ce nouveau variant. C'est aussi un travail de concert avec les collègues chargés de l'offre de soins et en délégation départementale. C'est tout l'intérêt aussi de travailler en ARS : tu travailles toujours en transversalité. Cela permet une cohérence et une force d'action, au service des patients.

TC Quel conseil donnerais-tu à un interne de santé publique ?

AA Soyez curieux, et soyez acteur de votre parcours de formation ! Notre spécialité permet plein d'opportunités de stages (dont le mien...) et de carrières professionnelles, alors soyez créatifs !



VALORISATION DE TRAVAUX D'INTERNES



Valorisation de projets d'internes : Abstracts des projets présentés lors du prix du CLISPRO en juin 2024.

Travail recueilli par Thomas Cardot

De la déclaration à l'optimisation : Comment les programmes d'amélioration continue de la qualité transforment la culture de sécurité des soins

Christos Tsamasiotis^{1,2} et al.



Lauréat de la phase socle

¹ Department of Clinical Epidemiology, Grenoble-Alps University Hospital, Grenoble, France; Laboratory TIMC-IMAG, UMR 5525 Joint Research Unit, National Center for Scientific Research, Faculty of Medicine, Grenoble Alps University, France.

Introduction

Les programmes d'amélioration continue de la qualité (PACQ), incluant les revues de mortalité et de morbidité (RMM) et les comités de retour d'expérience (CREX), impliquent les professionnels de la santé dans l'analyse des événements indésirables pour promouvoir une culture de sécurité des soins. Cette étude visait à évaluer si cette culture varie selon la participation des prestataires de soins aux PACQ.

Méthode

En 2022, une enquête transversale en ligne a été menée auprès de 4 780 employés du CHU de Grenoble à l'aide de l'Enquête Hospitalière sur la Culture de Sécurité des Patients (HSOPS). Les différences des scores des 12 dimensions de l'HSOPS ont été analysées en fonction de la participation aux PACQ.

Résultats

Sur les 4 780 employés, 1 457 (30,5 %) ont répondu à l'enquête, dont 571 (39,2%) ont participé aux PACQ. Les participants aux PACQ ont rapporté des scores significativement plus élevés dans six des douze dimensions de l'HSOPS, notamment : "Réponse non punitive à l'erreur", "Retour et communication sur les erreurs" et "Organisation apprenante et amélioration continue" ($P < 0,001$). La participation à la fois dans une RMM et une CREX a été associée à des améliorations encore plus importantes. Certaines dimensions, comme "Ressources humaines", "Soutien du management" et "Transferts et transmissions médicales", n'ont pas montré d'association significative avec la participation aux PACQ, mettant en lumière des défis systémiques plus vastes.

Conclusion

Cette étude confirme l'association positive entre la participation aux PACQ et une meilleure culture de sécurité des soins, soulignant l'importance de ces programmes pour favoriser l'apprentissage, la communication et des réponses non punitives aux erreurs. Cependant, elle met également en évidence la nécessité d'aborder les défis systémiques pour améliorer globalement la sécurité des soins.

Consultation prénatale de prévention pour les pères, déployée dans la ville de Montreuil : analyse qualitative des perceptions par les premiers concernés (PARTAGE 2)

Louise Pages



Lauréate de la phase d'approfondissement

Contexte

La grossesse est un moment de profond bouleversement dans les fonctions et rôles de chacun des membres du foyer. Des modifications de comportements sont fréquemment observées durant cette période, faisant de celle-ci une occasion propice à l'amélioration de la santé. Aucun dispositif de soin n'est spécifiquement proposé aux partenaires dans le cadre de l'accompagnement prénatal. La ville de Montreuil a mis en place une consultation prénatale de prévention à destination des pères.

Méthode

Cette étude qualitative s'attache au recueil et à l'analyse des perceptions des premiers concernés vis-à-vis de cette nouvelle offre. Elle s'inscrit dans une évaluation plus large du dispositif. Quatorze participants ont été reçus en entretien semi-directif.

Résultats

Une ambivalence sur le rôle à tenir et une complexité du vécu sont ressortis vis-à-vis de cette période prénatale particulière pour les pères. La consultation a été accueillie positivement, représentant deux moments clés : un premier temps plus axé sur la santé physique et un second temps d'échange privilégié, offrant un soutien perçu comme essentiel et unique pendant la grossesse.

Discussion

Cependant, la limite pouvait parfois être fine entre la volonté d'investissement et celle de surveillance de la conjointe. Mais l'intégration des pères dans les soins périnataux, et le soutien émotionnel leur étant apporté avaient surtout pour effet de promouvoir la co-responsabilité parentale.

Conclusion

Ce dispositif leur offre un espace d'accompagnement durant la transition vers la paternité et vise l'amélioration de la santé des hommes à l'occasion de cet événement de vie. Il reste enfin essentiel de penser collectivement à des espaces de soutien et d'accompagnement des partenaires supplémentaires qui vont au-delà du champ de la santé.



Mots-clés : pères ; périnatalité ; consultation ; prévention ; santé masculine

Tableau de bord régional de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention du risque infectieux et de l'antibiorésistance.

A. Lazberg^{1,2} et al.

¹ CPias, Normandie, France

² CRAtb, Normandie, France

Introduction

La Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance propose des indicateurs de suivi pour un pilotage national et régional en France. Le tableau de bord régional, réalisé par le CRAtb et le CPias Normandie, a pour objectif principal de permettre aux utilisateurs de suivre l'évolution de ces indicateurs année par année. Les objectifs secondaires incluent la valorisation des actions locales contre l'antibiorésistance, l'incitation à la participation aux missions nationales, et l'utilisation comme outil de pilotage des plans d'action.

Matériel

Les bases de données proviennent des missions nationales du Repia, des publications de la HAS et Santé publique France. Les logiciels R-shiny et Genial.ly ont été utilisés pour la datavisualisation et l'interprétation des résultats. Les indicateurs concernent la ville (n=6), les ESMS (n=6) et les ES (n=17). Certains indicateurs régionaux, basés sur de faibles effectifs, nécessitent une alerte sur leur fiabilité.

Résultats

Vingt-cinq indicateurs ont été recueillis au niveau régional, dont treize indicateurs "clés" destinés à la communication avec les décideurs, les professionnels de santé et le grand public. Ces indicateurs sont répartis en quatre volets : bon usage des antibiotiques, infections associées aux soins, prévention des infections, et résistance aux antibiotiques. La région Normandie montre une surconsommation d'antibiotiques en secteur de ville et en ES. Pour les résistances bactériennes, la région est en dessous de la moyenne nationale (E.coli C3GR : 2,4% en région normande vs 3,3% national en 2022). Le taux de vaccination chez les professionnels de santé est faible, mais comparable au niveau national (29,9% en région normande vs 22% national en 2022).

Conclusion

Le tableau de bord régional permet de suivre et d'analyser l'évolution de l'antibiorésistance. Il sert d'outil pédagogique et valorise la participation au recueil de données au sein de la région

Efficacité du nirsévimab (Beyfortus®) sur les admissions en réanimation des cas graves de bronchiolite à VRS en Bretagne .

Claire Kerzerho

Introduction

La bronchiolite grave chez les nourrissons est une des premières causes d'hospitalisation avant un an et le VRS est le principal agent infectieux de la bronchiolite (60 à 90% des cas). Un nouveau traitement préventif, le nirsevimab a reçu l'AMM fin 2022. Le nirsévimab (Beyfortus®) est une immunoprophylaxie passive contre les infections des voies respiratoires inférieures à virus respiratoire syncytial (VRS) par anticorps monoclonal. La première campagne d'immunisation par nirsevimab en France a eu lieu en septembre 2023. Cette étude visait à estimer l'efficacité du nirsévimab (Beyfortus®) en prévention des admissions en réanimation de bronchiolite grave chez les nourrissons.

Matériel et Méthode

Cette étude observationnelle prospective a été réalisée selon un schéma « Test Negative Design » (TND), il s'agit d'une variante des études de type cas témoins qui peut être utilisée pour estimer l'efficacité d'un vaccin. Tous les nourrissons admis en réanimation pour bronchiolite grave dans les réanimations pédiatriques de Rennes et de Brest ont été inclus. Selon leur statut virologique, ils ont été analysés en tant que cas (prélèvement positif au VRS) ou témoin (prélèvement négatif au VRS). Le choix des variables à retenir dans le modèle de régression s'est appuyé sur la réalisation d'un graphe orienté acyclique (DAG).

Résultats

Les résultats suggèrent une efficacité du nirsévimab sur les admissions en réanimation pour bronchiolite grave (EV = 72% ; OR = 0,28, IC 95% [-0.80-0.96]). Par ailleurs, seuls 15% des nourrissons inclus avaient reçu du nirsevimab, alors que 24% au moins des nourrissons bretons avaient été immunisés.

Conclusion

Ces résultats soulignent l'importance de mesures préventives, notamment l'administration d'anticorps monoclonaux, pour réduire les conséquences de la bronchiolite grave chez les nourrissons.

Caractéristiques des Insuffisances Rénales Aiguës chez les patients atteints de Maladie Rénale Chronique.

Janice Vendar

Introduction

La part médicamenteuse associée aux insuffisances rénales aiguës (IRA) a été peu étudiée au cours d'une maladie rénale chronique (MRC). L'objectif était de décrire et d'estimer l'incidence des IRA et IRA avec part médicamenteuse (IRAM), et d'évaluer les facteurs et le pronostic associé à une IRAM.

Méthode

La cohorte concernait 3033 patients adultes inclus entre 2013 et 2016 avec une MRC stade 3 ou 4 ni dialysés ou greffés. Les paramètres étudiés étaient les suivantes : caractéristiques de la cohorte à l'inclusion, taux et courbes d'incidences d'IRA et IRAM, et des modèles de Cox cause-spécifiques ont été utilisés pour estimer les hazard ratios (HR [IC95 %]) des facteurs de risque associés à la première IRAM.

Résultats

Sur un suivi médian de 4,6 ans [2,9-5,0], un total de 824 IRA sont survenues dont 237 (28,8 %) sont des IRAM. Les classes médicamenteuses souvent imputées étaient les diurétiques (34,6 %) suivis par les inhibiteurs du système rénine angiotensine (32,1 %). Le risque d'IRAM était plus élevé lorsque le débit de filtration glomérulaire était estimé < 30 versus ≥ 30 mL/min/1,73m² (HR = 1,68 [1,26-2,24]). Ce risque augmentait avec le nombre de médicaments par patient (HR (5-10 médicaments) = 2,08 [1,11-3,90] et HR (>10 médicaments) = 2,76 [1,40-5,43] versus <5). Après une IRAM, le taux d'incidence d'insuffisance rénale terminale traitée (45,8 %) était supérieur à celui des décès (39,2 %) à 5 ans.

Discussion

Bien que nos résultats soient possiblement sous-estimés, cette étude permet de présenter des données épidémiologiques sur le risque d'IRAM dans la population MRC.

Conclusion

L'IRA est un événement fréquent chez les patients avec une MRC avec une part médicamenteuse non négligeable retrouvant souvent les mêmes classes thérapeutiques.

Evaluation des algorithmes médicaux dans la génération des données.

Kenny LIM

Interne de 6^e semestre de SP



Introduction

L'utilisation des données de santé représente une dimension majeure de la santé publique, de la collection en passant par l'extraction et le traitement, mais les différentes étapes demeurent souvent opaques aux yeux du grand public. Pourtant elles peuvent aussi être une opportunité de collaboration illimitée entre le secteur public et privé, interagissant dans la recherche de nouvelles pistes de réflexion. Le projet que je présente expose un exemple très simple d'exploitation des données publiques et privées à des fins comparatives afin d'avoir une vision globale de la manière dont les données de chacun sont utilisées.

Matériel et Méthode

Les analyses étudiées sont purement descriptives et n'ont pas pour vocation d'établir une quelconque corrélation, mais plutôt de montrer une méthodologie particulière de l'utilisation de données. Pour élaborer des profils de comparaison, je me suis servi des données de santé en libre accès du site Data Pathologie, qui synthétise les données issues des dépenses de l'Assurance Maladie afin de dresser un ensemble de données sur une cinquantaine de pathologies. De l'autre côté je me suis servi d'un ensemble de données privées issues d'un panel de pharmacies françaises, ainsi qu'un algorithme médical pour classifier les patients par pathologies.

Résultats

Les analyses graphiques, bien qu'ajustées sur des caractéristiques simples que sont l'âge et le sexe montrent un écart assez faible des données du privé avec celles issues du public, lorsque l'on s'intéresse à des pathologies spécifiques.

Discussion Conclusion

Les résultats montrent que des méthodes d'exploitation différentes des données peuvent fournir des modèles assez proches de ceux de la réalité dans le domaine public. Bien que chaque source soit soumise à des biais différents, elles interrogent sur la manière dont sont exploitées les informations pour se rapprocher le plus possible du réel.

Description des cours de DES-SP locaux +/- à destination Inter-Régionale (DES-SP-LIR)

Laura Morin

Groupe de travail « Formation » du CLISP

Introduction

La formation actuelle des internes du Diplôme d'études spécialisées en santé publique (DES-SP) se répartit entre un temps de formation « pratique » en stage et « théorique » via les cours d'Université Numérique en Santé et Sport (UNESS). Un Groupe de Travail (GT) pour améliorer la formation des internes de SP s'est constitué. L'objectif de cette enquête était de décrire les forces et faiblesses de la formation du DES-SP de chaque subdivision, ainsi que les caractéristiques générales des cours de DES-SP.

Méthode

Les données des 22 référents répondant au questionnaire ont été analysées de façon mixte.

Résultats

Les forces de la formation citées par les référents de subdivisions étaient l'accessibilité à une formation ouverte à tous les domaines de la santé publique par des terrains de stages variés, la présence de cours de DES-SP impliquants et réguliers, et l'équilibre entre soutien et autonomie. Les faiblesses citées par les référents de subdivisions étaient la nécessité de formation complémentaire par les Masters, des cours de DES-SP de niveau inapproprié ou uni-disciplinaire, ainsi que l'isolement, les limites financières et la désorganisation.

Parmi les 11 subdivisions qui organisaient des cours de DES-SP (50%), la majorité des cours de DES-SP-LIR était enseignée par des professionnels non universitaires (n=9, 82%) universitaires (n=8, 73%), internes (n=6, 55%), en format hybride (n=7, 64%), comprenait des sessions magistrales (n=10, 91%), et se déroulait sur moins de 2h/mois (n=6, 55%). Sur les 11 subdivisions répondantes, 6 abordaient tous les domaines du DES-SP. La majorité des référents percevaient ces cours de DES-SP-LIR comme « Très Utile » et « Plutôt utile » (45% [21-72], 36% [14-65] respectivement).

Discussion

Il serait intéressant de communiquer avec les subdivisions ayant mis en place des cours de DES-SP. Il pourrait être envisagé d'identifier les facteurs associés à la perception de cours « Très Utile ».

Vérification vaccinale auprès des étudiants en première année de santé à l'Université Lyon 1 : intérêt du carnet de vaccination électronique MesVaccins.net

Sander de Souza

Service de santé universitaire de Lyon 1 – Villeurbanne, France

Objectifs

Établir un état des lieux de la vaccination des étudiants en santé de l'université Lyon 1 et évaluer la mise en place d'un nouveau dispositif de vérification des obligations d'immunisation à l'aide du carnet de vaccination électronique (CVE) MesVaccins.net.

Méthodes

Questionnaire envoyé par le Service de santé universitaire (SSU) de Lyon 1 aux étudiants majeurs en première année de santé en 2020-2021 ayant partagé leur CVE ; exploitation des données de ces CVE.

Résultats

Les étudiants étaient 67,4 % à avoir transmis leurs informations au SSU. Ils ont rapporté des difficultés organisationnelles pour se mettre à jour (33,3 %) et pour faire valider leur CVE par un professionnel de santé (55,9 %). La satisfaction globale des étudiants vis-à-vis de ce dispositif était de 78,0 %. Cette étude a mis en avant plusieurs différences entre les campus de Lyon Est et Lyon Sud, notamment sur la connaissance du SSU, la visibilité de la campagne, le pourcentage d'étudiants qui ont transmis leurs informations et le pourcentage d'étudiants à jour. Concernant les immunisations obligatoires, 83,4 % des étudiants étaient à jour du vaccin diphtérie-tétanos-poliomyélite, 56,8 % de l'hépatite B et 64,7 % avaient pratiqué une intradermoréaction ; 43,4 % des étudiants étaient à jour simultanément de ces trois immunisations.

Conclusion

Le pourcentage d'étudiants à jour est insuffisant. Cette étude souligne la nécessité d'une campagne précoce de promotion des immunisations avec un meilleur accès des étudiants à des professionnels de santé validant les CVE.

Titre : Coupe du monde de rugby – Bilan et RETEX de la surveillance épidémiologique d'un grand rassemblement à Santé Publique France.

Trystan Letort

Interne de santé publique en 2^e semestre à Paris

Introduction

Pour sa 10^{ème} édition, la Coupe du Monde de Rugby 2023 s'est tenue en France. Dans le champ de la surveillance sanitaire, l'événement représentait un double enjeu pour l'agence Santé Publique France. Il s'agissait d'une part de couvrir un grand rassemblement d'ampleur internationale avec les risques sanitaires qui peuvent être associés, d'autre part cet événement représentait une opportunité pour tester les dispositifs de surveillance renforcée qui ont été prévus pour les Jeux Olympiques de Paris 2024.

Méthode

Une double évaluation a été menée :
Evaluation qualitative du processus de surveillance épidémiologique par un questionnaire à destination des équipes.
Evaluation des résultats par la réalisation d'une analyse des signaux sanitaires détectés pendant l'évènement. Cette analyse s'est faite en reprenant l'ensemble des synthèses hebdomadaires nationales et en réalisant une lecture rétrospective des courbes épidémiologiques.

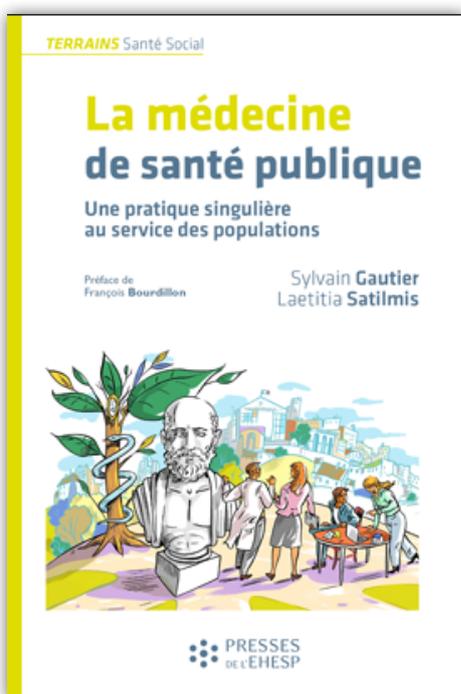
Résultats

Sur l'ensemble de la période d'analyse, un total de 20 signaux (=augmentation du nombre de cas) a été signalé. Ces augmentations ont principalement concerné des cas d'infections respiratoires aiguës (bronchite, bronchiolite, grippe, Covid-19) explicables par le contexte saisonnier de l'évènement. Au total, aucun de ces signalements n'a conduit au déclenchement d'une alerte sanitaire.

Conclusion

Sur l'ensemble de la période, les dispositifs de surveillance ont été opérationnels et ont permis de produire des indicateurs pour l'information quotidienne des autorités sanitaires. Même en l'absence d'évènement sanitaire, ces informations demeurent cruciales pour apporter une réassurance raisonnée et pour les décideurs, dans un contexte de grand rassemblement et de tension médiatique. Finalement, en l'absence d'évènement sanitaire, un dispositif de surveillance efficace permet de conclure par une preuve de l'absence plutôt que de simplement conjecturer par une absence de preuve.

CONSEILS DE LECTURE



La médecine de santé publique *Une pratique singulière au service des populations*

**Sylvain Gautier, Laetitia Satilmis,
François Bourdillon (Préface)**

Avril 2024

Qui sont les médecins de santé publique ? Quelle est leur plus-value ? Quels rapports entretiennent-ils avec le reste des médecins, la société et le pouvoir décisionnel et politique ? Au fond, existe-il une pratique médicale spécifique de santé publique ? Autant de questions que cet ouvrage collectif cherche à aborder.

Dans le système de santé français, les médecins de santé publique occupent une place singulière en ce qu'ils appartiennent à deux univers souvent présentés comme antagonistes : issus du monde du soin, ils se destinent à des activités « au-delà du lit du malade », au service d'un meilleur état de santé pour le plus grand nombre. Ce double ancrage et la variété d'exercices professionnels qui en résultent, justifient de préciser leur place, leur métier et leur formation, dans une volonté d'en déterminer les invariants.

LA MÉDECINE DE SANTÉ PUBLIQUE : UNE PRATIQUE SINGULIÈRE AU SERVICE DES POPULATIONS

Interview de deux anciens internes de santé publique, anciens présidents du CliSP et membres d'honneur de l'association, auteurs du livre disponible aux Presses de l'EHESP : Laetitia Satilmis est médecin conseil à la Direction de la santé publique de l'Estrie (Québec), et Sylvain Gautier est praticien hospitalier universitaire à l'Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines et à l'AP-HP.

Propos recueillis par Thomas Cardot

TC Pourquoi avez-vous écrit ce livre ?

LS A la sortie de l'internat, on se questionnait encore beaucoup sur notre identité de médecin de santé publique. On s'est alors lancé dans un cheminement réflexif dans l'espoir de dissiper « le brouillard » qui entourait le sujet. On a d'abord rédigé un texte en 2018, publié à l'été 2021 à la lueur des événements liés à la pandémie de Covid-19. Ce texte a trouvé écho auprès d'anciens internes de santé publique (AISP) : on a alors développé ces sujets dans une démarche plus rassembleuse avec ces médecins mais aussi des sociologues, un philosophe et historien de la santé... A la fin de ce travail, qui est une tentative d'explicitation de ce qu'est le corps professionnel des médecins de santé publique, on s'est forgé une conviction ferme : celle que la médecine de santé publique existe et qu'elle a une réelle plus-value au service de la santé de la population. Au-delà du relatif confort dans notre pratique que ces idées nous ont apporté, on a voulu, à travers cet ouvrage, partager cette vision du métier aux internes.



SG Ce livre, et le texte qui l'a précédé, ont aussi été pensés en réaction à deux événements qui ont marqué notre DES dans le contexte de la réforme du 3e cycle. D'une part, une relative remise en cause de notre droit de prescription en tant que médecins, et d'autre part, la volonté de certains de mettre en place un DES de santé publique commun entre les filières médicale, dentaire et pharmaceutique. Ces événements nous ont longuement questionné sur notre identité médicale, sur ce qui fait de nous, aussi, des professionnels de santé publique à part. La question de l'identité médicale du médecin de santé publique est une arlésienne. Nombreux sont ceux, avant nous, qui se sont essayés à la décrire. Nous avons cheminé grâce à ces travaux qui existaient et proposé notre propre regard. Mais cette démarche ne se veut pas exclusive, c'est bien pour cela que nous avons opté pour un ouvrage collectif.



TC **Pouvez-vous présenter votre livre ?**

SG L'ouvrage est divisé en trois parties distinctes. La première est consacrée au positionnement socio-historique de la médecine de santé publique, en soulignant notamment l'oxymore de sa dénomination compte-tenu des rapports historiques délicats entre la médecine et la santé publique. La deuxième partie est plus réflexive. Elle présente ce qui fonde la profession et notre identité professionnelle, les invariants et communs de la médecine de santé publique. Enfin, la dernière partie exemplifie ces communs à travers des parcours singuliers et le témoignage de médecins de santé publique et d'un interne de médecine générale. Nous avons voulu organiser l'ouvrage ainsi pour insister sur ce qui nous rassemble.

TC **C'est un texte très agréable à lire, très accessible.**

LS Merci pour ce commentaire, on a en effet voulu que le lecteur soit entraîné à notre suite, dans notre cheminement, au fil de découvertes historiques, théoriques, etc. D'ailleurs le premier chapitre, qui revient sur le contexte de création du D.E.S, écrit par Louise Bourdel qui a consacré sa thèse au sujet, est rédigé sous la forme d'un récit narratif. C'est un peu comme si on plongeait dans « la pensine de Dumbeldore » et qu'on se retrouvait aux côtés des protagonistes qui ont forgé notre discipline médicale et dont certains ont fondé le CLISP.

TC **Pouvez-vous nous donner votre définition de la médecine de santé publique ?**

LS C'est un exercice médical, avec une éthique indispensable à sa pratique, se voulant au service de la santé des populations et qui se déploie au travers des fonctions essentielles de santé publique que sont la surveillance des états de santé et de leurs déterminants, la prévention des maladies, la protection vis-à-vis des menaces à la santé, ainsi que la promotion de la santé et des environnements (physiques, politiques, culturelles et économiques) qui lui sont favorables. C'est aussi mettre certains attributs de la médecine (sa déontologie, l'evidence-based, notamment) au service des valeurs de santé publique.

L'apprentissage de cette médecine nécessite une formation d'excellence et un accompagnement à la compréhension de ses balises et de ses exigences. De plus cette formation doit être homogène, de même que les pratiques, pour garantir un service homogène sur l'ensemble du territoire.

SG Dans cet ouvrage, nous posons le concept de médecine de santé publique, exercice à la fois soucieux des enjeux individuels mais aussi de la dimension collective des problèmes de santé, et résolument tourné vers la santé communautaire et la médecine sociale. Nous précisons alors l'éthique d'intervention du médecin de santé publique, que nous rapprochons d'une lecture de la déontologie médicale. De même que dans les autres spécialités médicales, la médecine de santé publique possède son propre domaine d'expertise.

TC **Alors un médecin de santé publique, c'est quoi ? C'est un ex-interne de santé publique, ou un médecin qui exerce la santé publique en l'ayant rejointe par un autre chemin ?**

LS Cela peut être les deux, à condition que les formations suivies par les uns et les autres soit à la hauteur des exigences du métier.

TC **Dans les agences et administrations publiques, il y a finalement beaucoup de médecins d'autres spécialités.**

LS Mais est-ce que ces autres médecins se revendiquent comme médecins de santé publique, ou de leur spécialité initiale ? Sont-ils en mesure d'avoir une vision globale des enjeux de santé de « leur » population ? Sont-ils en mesure d'exercer différentes fonctions essentielles de santé publique, de manier l'ensemble des outils de la santé publique ? Vont-ils être en mesure de changer de poste facilement selon l'évolution des besoins ? Le médecin spécialiste en santé publique, lui, devrait avoir ces capacités, et cette vision globale de la santé de la population, tout en faisant le lien avec le niveau individuel des problèmes et des enjeux. Il maîtrise les notions d'éthique, d'universalisme proportionné, et sait exercer pour une population qui n'est pas homogène. Faire de la santé publique c'est changer d'échelle en permanence, disait Didier Fassin. Tout comme ce n'est pas parce qu'on sait faire marcher un électrocardiogramme que l'on est cardiologue, on ne peut pas revendiquer le titre de médecin de santé publique parce qu'on maîtrise un sujet, un logiciel de statistiques, ou que l'on détient un master ou même un doctorat de santé publique.

SG Il y a des médecins de santé publique parce qu'on a décidé qu'il en fallait : on a institué une profession pour répondre à un besoin. Il faut peut-être redéfinir les besoins aujourd'hui et aligner les effectifs formés (ou qualifiés) avec ces besoins. La singularité du médecin de santé publique c'est précisément qu'il sait naviguer entre plusieurs sphères et champs d'activité, il peut facilement basculer d'une fonction essentielle de santé publique à une autre au cours de sa carrière.

TC **Et notre plus-value médicale, par rapport à d'autres professions de la santé publique ?**

LS Notre connaissance des réalités des patients, par la pratique de la médecine au « lit du malade » nous permet aussi de faire plus facilement le lien entre l'individuel et le collectif. Notre plus-value est aussi liée au positionnement de notre corps professionnel au sein de la société. Ce positionnement vient avec une confiance accordée, une influence et aussi une certaine « aura », en échange de notre éthique, du respect de la déontologie de notre corps professionnel ainsi, et surtout, de notre mission au service de la société et de ceux qui la compose.

TC **On a vu que le médecin de santé publique pouvait être un expert, mais aussi un décideur ?**

LS On ne peut pas être expert et décideur en même temps. Mais si nous sommes parfois amenés à occuper des fonctions de décideur, alors on doit être capable de faire appel aux expertises pertinentes. D'ailleurs je trouve que le titre d'expert est souvent auto-proclamé à tort et à travers. On est expert d'un sujet quand on est surtout en mesure de connaître le degré d'imperfection, tous les biais, les limites de sa propre expertise. Notre déontologie nous impose de savoir où s'arrête notre champ de compétence. Même si c'est parfois difficile de savoir où sont nos limites, il est essentiel de se poser la question du périmètre de nos savoirs pour ne pas être délétère in fine.

TC **Dans l'historique on découvre que la médecine libérale s'oppose depuis longtemps à la santé publique et à l'hygiénisme voulu par l'État, sommes-nous un élément de réconciliation ?**

SG Il y a un enjeu de responsabilité des médecins de santé publique, et c'est pour ça que la formation est essentielle. Si on a vocation à porter cette réconciliation encore faut-il que cette formation nous y conduise. Il y a un vrai enjeu à éviter que certains d'entre-nous s'abîment à persister dans un modèle biomédical qui sert le soin avant la prévention, ou au contraire oublie les caractéristiques et l'apport de leur valence médicale ; ou même se fourvoient dans la prise de décision plutôt que de préserver leur regard d'experts...

TC **Cette année moins d'internes semblent intéressés par la spécialité : est-ce que le DES perd de l'attractivité ?**

SG La problématique c'est qu'il y a une invisibilisation de ce qu'est la spécialité, et de ce que peut faire la médecine de santé publique. Il y a aussi ceux qui prétendent que pour un médecin une simple année de master de santé publique suffirait à devenir médecin de santé publique, alors qu'il n'en est rien. C'est aussi ce que nous soulignons dans notre livre.

LS D'ailleurs il est de notre responsabilité de nous élever contre cela pour protéger notre patient qui est la population. Il faut considérer qu'il peut y avoir un exercice illégal de la médecine de santé publique qui met en danger la population. Il faut dire et pouvoir montrer aux étudiants que la médecine de santé publique est une spécialité incroyable, exigeante et passionnante au service de la population, et dont l'exercice, riche de sens, permettrait à nombre d'entre eux de s'épanouir.

Médicaments : à quel prix

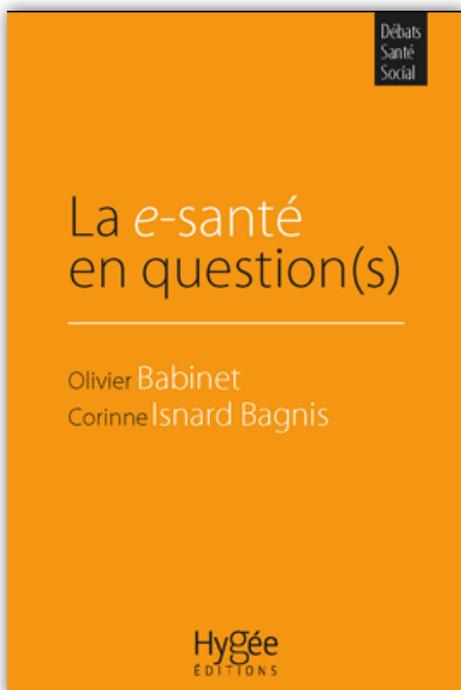
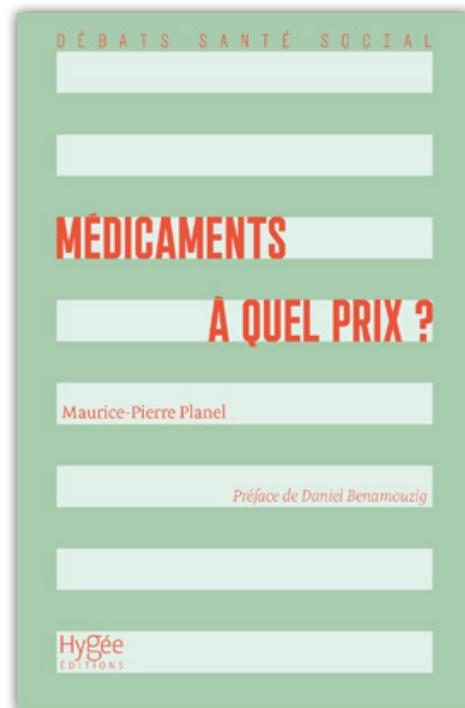
Maurice-Pierre Panel
Daniel Benamouzig (Préface)

Juin 2024

La politique du médicament fait l'objet de débats récurrents dans l'ensemble des pays développés. La crise de la Covid-19 a favorisé une nouvelle hiérarchisation des objectifs de cette politique et l'émergence d'une préoccupation forte en matière d'accès aux produits. **Cette nouvelle priorité est illustrée par la jonction entre les questions d'accès à l'innovation, de lutte contre les pénuries ou de tensions d'approvisionnement et de localisation industrielle.**

En répondant à 10 questions que chacun peut se poser, l'auteur montre en quoi ces thématiques de l'accès et du prix du médicament ont un impact sur l'organisation et l'accessibilité des soins pour l'ensemble de la population. Les enjeux ne sont pas simplement financiers et devront s'inscrire à l'avenir dans une dimension environnementale et climatique.

Dans un format clair et concis, cette nouvelle édition apportera aux étudiants, aux professionnels et au grand public les clés pour comprendre la politique du médicament et les mécanismes qui encadrent la procédure de fixation de leurs prix en France, tout en éclairant des points essentiels comme l'accès à l'innovation et la lutte contre les pénuries.



La e-santé en question(s)

Olivier Babinet, Corinne Isnard Bagnis

Février 2020

Télémédecine, dossier médical partagé, hôpital numérique, objets connectés, Big Data, intelligence artificielle...

La e-santé ou santé numérique est appelée à bouleverser nos usages en santé au gré d'une course à l'innovation menée par les géants de la Tech et d'innombrables start-up. La révolution numérique fait espérer une médecine plus personnalisée, plus efficace, plus rapide, plus partagée, plus intégrative. Notre façon de nous soigner ne sera plus jamais la même...

Mais les avis divergent quant aux conséquences de l'utilisation du numérique dans la santé: la relation soignant-patient risque-t-elle de se déshumaniser? La numérisation des données patients menace-t-elle notre vie privée? Les acteurs du numérique sont-ils les précurseurs d'un nouveau système de santé?

En 10 questions, cet ouvrage synthétise l'actualité foisonnante de la e-santé et analyse les espoirs et les craintes face à ce qui est annoncé comme une révolution sanitaire et sociale. Une vision à 360° de la e-santé utile à tous les publics.



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

avec le soutien de :



MEMBRES DU COLLÈGE DU CLISP 2024-2025

BUREAU DU CLISP

CADON Lucie - Présidente
president@clisp.fr

MAYNADIER Xavier - Vice-président
president@clisp.fr

MANNS Aurelia - Secrétaire générale
secretariat@clisp.fr

TSAMASIOTIS Christos - Trésorier
tresorier@clisp.fr

MOUCHEBOEUF MéliSSa
Vice-secrétaire chargée
de l'évènementiel
evenement@clisp.fr

REILHAC Aloïs
Vice-secrétaire délégué
aux affaires nationales
affaires.nationales@clisp.fr

ORGANINI Rudy
Chargé de coordination avec les
représentants des subdivisions
coordination@clisp.fr

GESLIN Mareva - Webmaster
webmaster@clisp.fr

LEGALLAIS Andaine
Chargée de communication
communication@clisp.fr

CARDOT Thomas
Rédacteur en chef du bulletin
bulletin@clisp.fr

FAREH Tasnim
Chargée de relation EuroNet MRPH
euronet@clisp.fr

GUEROUT Victor
Chargé de mission Actualités
actualites@clisp.fr

THOMAS Bérénger - Chargé de
mission Attractivité
attractivite@clisp.fr

REPRÉSENTANTS DES SUBDIVISIONS

Île-de-France

Paris **Xavier Maynadier** paris@clisp.fr

Nord-Est

Besançon **Justine Rousse** besancon@clisp.fr
Dijon **Pierre Pamart** dijon@clisp.fr
Nancy **Medhi El Azrak** nancy@clisp.fr
Reims **Peter-Joe Noujaim** reims@clisp.fr
Strasbourg **Amine Nasser** strasbourg@clisp.fr

Nord-Ouest

Amiens **Janice Vendar** amiens@clisp.fr
Caen **Sarah Wilson** caen@clisp.fr
Lille **Salomé Bonnier** lille@clisp.fr
Rouen **Elisa De Taevernier** rouen@clisp.fr

Ouest

Angers **Jeanne Perrot** angers@clisp.fr
Brest **Caroline Clabecq** brest@clisp.fr
Nantes **Tiffanie Doré** nantes@clisp.fr
Rennes **Claire Kerzerho** rennes@clisp.fr
Tours **Marie Vieillot** tours@clisp.fr

Rhône-Alpes et Auvergne

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

Sud-Ouest

Bordeaux **Lucas Balihaut** bordeaux@clisp.fr
Limoges **Dimriti Thellier** limoges@clisp.fr
Antilles, Guyane **Alexandre Forney** antilles-guyane@clisp.fr
Océan Indien **Antoine Tisseaux** ocean-indien@clisp.fr
Poitiers **Louis Richir** poitiers@clisp.fr

Sud

Marseille **Sofia Beretta** marseille@clisp.fr
Montpellier **Anne-Laure Bascou** montpellier@clisp.fr
Nice **Laure Hermet** nice@clisp.fr
Toulouse **Mathilde Mongeau** toulouse@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
Rédacteur en chef : Thomas Cardot
bulletin@clisp.fr

#53 - octobre 2024 -

