CLiSP

COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

#57
- Octobre 2026 -



SÉMINAIRE DE RENTRÉE

Dans les coulisses de la santé publique !

Santé publique France

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES

MACSF

GROUPE PASTEUR MUTUALITÉ

sommaire

- #57 - Octobre 2026 -

p. 03 **ÉDITO DE LA PRÉSIDENTE**

p. 04 **À LA RENCONTRE DU BUREAU 2026-2027**

Présentation du nouveau bureau

Les recos du bureau

Les conseils pour les néos

p. 11 **DOSSIER ADDICTOLOGIE :**

ENTRE PRATIQUES ORDINAIRES ET ENJEUX COLLECTIFS, ENTRE BANALISATION ET STIGMATISATION

FOCUS FST ADDICTO par Rémi Valter - L'addictologie au croisement de la clinique et de la santé publique

Interview de Nathalie Ramdjee - L'addictologie vue des ministères

Interview de Gauthier Waerckele - Ithaque : une association pionnière de la Réduction Des Risques

Interview de Emmanuel Urbu - La pair-aidance : au plus proche des patients

p. 33 **VALORISATION DE TRAVAUX D'INTERNES**

La pilule sans ordonnance : et si on repensait l'accès à la contraception ?

p. 36 **EURONET : LA SANTÉ PUBLIQUE AU-DELÀ DE NOS FRONTIÈRES**

EDITO DE LA PRÉSIDENTE



Chèr.e.s co-internes, chèr.e.s lecteur.ice.s,

C'est avec grand plaisir et un peu de fierté que j'ouvre ce bulletin n°57 du Collège de Liaison des Internes de Santé Publique. C'est également avec une immense joie que notre enthousiaste équipe CLISP du mandat 2026-2027 vous accueille, vous, les nouveaux arrivants, mais également celles et ceux qui sont déjà internes depuis quelque temps, à l'occasion de ce séminaire de rentrée.

Bravo pour vos choix

L'orientation vers l'aventure Santé Publique, parfois plus ou moins choisie, nous permet, au fil de notre internat, d'esquisser une vision riche et nuancée du système de santé. Que vous exploriez les voies parfois obscures de la biostatistique, les foisonnants chemins de la promotion de la santé, les fascinants projets d'informatique médicale ou le champ structurant de l'administration en santé, comptez sur un réseau de co-internes soutenants et dynamiques !

Des challenges à relever

Cette diversité d'opportunités, qui fait la richesse de notre spécialité, constitue également l'un de ses grands défis. Comment se projeter dans son futur professionnel lorsque les chemins possibles sont si nombreux ?

Faire beaucoup de choses, acquérir des compétences dans plusieurs domaines, c'est aussi être représenté.e.s par une grande diversité de profils. Alors, comment se définir et se présenter au grand public, à nos proches, et parfois à nous-mêmes ?

Ces questions, des générations se les sont posées avant nous (et oui, le DES existe depuis 1990 !). Leurs réponses restent en mouvement permanent face aux évolutions de la société.

Des forces à cultiver

Le doute fait ainsi partie de notre spécialité. Si trouver une définition fidèle à chaque profil est une tâche compliquée, les internes de santé publique et futur.e.s docteur.e.s que nous sommes ont sans aucun doute au moins un point commun : une certaine curiosité, celle qui nous a conduit.e.s à nous engager dans cette formation.

Face à la diversité de nos parcours et aux enjeux actuels de santé, l'union fera la force. Le CLISP est là pour vous accompagner dans la construction de compétences transversales, dans la création des indispensables liens entre promotions et dans le développement de votre réseau professionnel.

Dans ce bulletin, vous trouverez une belle représentation des actions menées en santé publique et du travail des médecins et acteur.ice.s de santé publique, à travers une thématique chère à nos rédactrices en cheffe : l'addictologie. Des soins aux politiques de santé, elle nous permet d'observer concrètement la diversité des approches de notre spécialité et de voir comment la santé publique peut contribuer, à différents niveaux, à l'amélioration de la santé des populations.

Je vous souhaite à tou.te.s une très bonne lecture, un bon séminaire et surtout un excellent début de semestre !

Associativement,

Louise Hardelin

PRÉSENTATION DU NOUVEAU BUREAU



Louise Hardelin

Présidente
Interne à Bordeaux

Un moment d'allégresse qui t'as fait aimer ta spécialité ?
Me sentir utile au cœur d'un projet de recherche interventionnelle, pouvoir concilier clinique et santé publique.

Mon truc du moment :
Les balades à vélo dans Bordeaux

Un objectif pour ton mandat ?
Favoriser le lien entre internes, faire rayonner notre belle spécialité.



Benjamin Eurin

Vice-président
Interne à Reims

Un moment d'allégresse qui t'as fait aimer ta spécialité ?
Les congrès du CLISP!

Ma reco du moment :
"Sense 8", une série humaine et multiculturelle

Un objectif pour ton mandat ?
Aider au rayonnement de tous.tes



Elena Verlay

Secrétaire Générale - Interne à Paris

Un moment d'allégresse qui t'as fait aimer ta spécialité ?
Le SANI/Clispro 2025, découverte de la spécialité pour moi, ça a été le coup de coeur tout de suite
Mon truc du moment :
Pour un équilibre pro / perso pendant l'internat, faites du pilates c'est génial :)



Aymeric Cadic

Trésorier
Interne à Angers

Un moment d'allégresse qui t'as fait aimer ta spécialité ?
Le moment de validation des résultats de ma thèse, la consécration de plusieurs mois à créer une base de données et qui permet de valider un projet régional pour améliorer l'accès au soins sur les territoires.

Mon truc du moment :
L'Ecosse pour rester au frais pendant les canicules



Anastassia Gasquet

Vice-secrétaire chargée de l'événementiel
Interne à Lyon

Mon truc du moment :
Peindre à l'aquarelle au soleil

Un objectif pour ton mandat ?
Entretenir les liens entre internes au niveau national et favoriser les échanges à travers les événements !

Vice-secrétaire délégué aux affaires nationales - Interne à Marseille

Un moment d'allégresse qui t'as fait aimer ta spécialité ?
3 mois à Madagascar auprès de l'équipe recherche de l'ONG Pivot (via l'IRD Mivegec). Les zoonoses c'est passionnant et l'océan indien c'est trop beau :)

Mon truc du moment :
Un projet musical marseillais qui monte en ce moment : blasta collective :)



Pierre Garneret



Thomas Lenoir

Chargé de coordination avec les représentants des subdivisions
Interne à Toulouse

Un moment d'allégresse qui t'as fait aimer ta spécialité ?
Actuellement en phase socle, c'est réellement la découverte de la spécialité et de ce qu'elle offre qui m'a permis de comprendre à quel point les possibilités étaient nombreuses et que j'allais pouvoir m'éclater dans cette spé!

Mon truc du moment :
Le vélo dans les Pyrénées en attendant l'ouverture des pistes de ski !

Juliette Condé



Secrétaire Générale
Interne à Paris

Un moment d'allégresse qui t'as fait aimer ta spécialité ?
Quand j'ai reçu la nouvelle que mon premier article était accepté, le moment de joie avec l'équipe et leur reconnaissance pour le travail accompli, et savoir que ça pourra contribuer aux données permettant d'améliorer le traitement de femmes enceintes et leur sécurité

Mon truc du moment :
Moments de lecture du soir avec mon chat ronronnant. Reco lecture marquante dernièrement : Je pleure encore la beauté du monde de Charlotte McConaghy (très beau livre) ou autre reco plus légère : Le Koala tueur, de Kenneth Cook racontant des aventures australiennes improbables, très très drôle :)



Maëlle Bourquard

Chargée de communication- Interne à Besançon

Un moment d'allégresse qui t'as fait aimer ta spécialité ?
Je suis aussi violoniste pro et mon stage actuel a inclu dans mes missions l'organisation de concerts pour Octobre Rose, je ne pensais pas faire le lien entre mes 2 activités de cette façon !

Ma reco du moment :
Les vidéos YouTube de pilate "Move with Nicole" pour faire un peu de sport à la maison quand on a pas bcp de temps.

Capucine Aerts

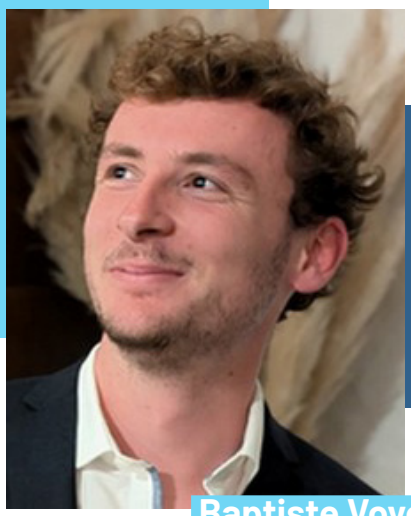


Chargée de relation Euronet MRPH - Interne à Paris

Un moment d'allégresse qui t'as fait aimer ta spécialité ?
Mon arrivée au CORRUSS : le gros rush autour Hantavirus/Ebola/Canicule! Analyser les infos qui arrivaient, échanger avec plein d'acteurs différents, réagir rapidement. Très stimulant

Mon truc du moment :
Officiellement, ma subdivision est à Paris. Officieusement, I'd rather work in English in London, with my dog.

Baptiste Voyer



Chargé de mission actualités Interne à Paris

Un moment d'allégresse qui t'as fait aimer ta spécialité ?
Lors de ma première année, lorsqu'avec l'association locale, nous avions organisé l'interview d'une ancienne ministre de la santé sur la publication de son livre. C'est le genre de projet qui me faisait vibrer, mais semblait hors de portée pendant mon externat.

Un objectif pour ton mandat ?
J'aime beaucoup le format podcast, pour aborder des sujets avec des experts tout en restant accessible. J'aimerais donc tester ce format en santé publique, en réalisant 2 ou 3 épisodes centrés sur des publications de la newsletter au cours de l'année, pour les rendre plus accessibles.

Arthur de Surmont



Chargé de mission attractivité - Interne à Tours

Un moment d'allégresse qui t'as fait aimer ta spécialité ?
Participer à la création de la MUSES — la Maison des Usagers et des Savoirs Expérientiels en Santé, une association où les savoirs des personnes concernées sont reconnus et peuvent réellement contribuer à faire émerger des projets plus pertinents, plus inclusifs et plus proches des besoins du terrain.

Un objectif pour ton mandat ?
Montrer que derrière une spécialité parfois difficile à résumer en une phrase, il y a une incroyable diversité de métiers, de parcours et de façons d'être médecin.



Astrid Kerouedan

Chargé(e) de mission attractivité / spécialité - Interne à Paris

Un moment d'allégresse qui t'as fait aimer ta spécialité ?
Pouvoir rencontrer de multiples acteurs de santé publique très inspirants grâce aux stages ou aux nombreux évènements auxquels nous sommes invités à participer en tant qu'interne de santé publique !

Mon truc du moment :
Ecouter dans mon casque Thylacine - Duduk dans le métro bruyant de la ligne 13 : détente immédiate garantie !



Irène Valay

Rédactrice en chef du bulletin Interne à Nantes

Un moment d'allégresse qui t'as fait aimer ta spécialité ?
Participer à la construction d'un critère de prévention des conduites addictives pour la certification des établissement de santé de l'HAS

Mon truc du moment :
La poterie : rien de mieux pour poser son cerveau quelques heures



Maureen Gélébart

Rédactrice en chef du bulletin - Interne à Strasbourg

Un moment d'allégresse qui t'as fait aimer ta spécialité ?
Participer à la réponse à un appel d'offre de l'IReSP. L'étude que nous avons porté avec une collègue sociologue concernait le chemsex, sa potentielle diffusion dans de nouveaux milieux non HSH et l'accès aux soins des pratiquants. L'étude n'a finalement pas été choisie mais j'ai adoré travailler dessus !

Mon truc du moment :
Chanter sous la douche, en allant en stage, chanter fort et chanter faux. Chanter, c'est libre de droit et d'idées, vous savez ?

LES RECOS DU BUREAU



Film



Soudain

Ryūsuke Hamaguchi

"Un film qui invite à réfléchir aux conditions de vie et d'accompagnements des personnes âgée ainsi qu'à la manière dont notre société considère la dépendance, le vieillissement et la fin de vie.

Mais aussi :

- *Annie colère* de Blandine Lenoir
- *Une affaire de principe* d'Antoine Raimbault
- *120 battements par minute* de Robin Campillo
- *Les algues vertes* de Pierre Jolivet
- *Cowspiracy* de Kip Andersen et Keegan Kuhn.

Lecture

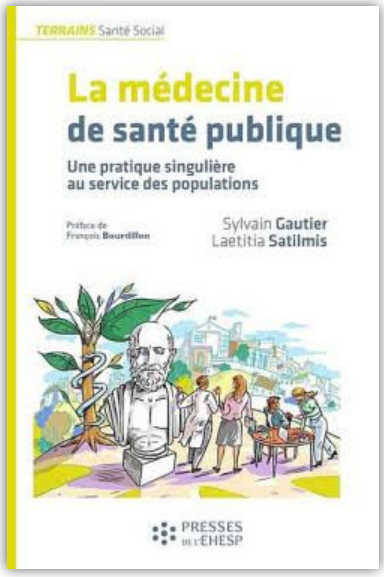
La médecine de santé publique : Une pratique singulière au service des populations

Sylvain Gautier et Laetitia Satilmis

"Intéressant notamment quand on débute l'internat ou que l'on se sent un peu perdu."

Mais aussi :

- *Evicted* de Matthew Desmond
- *Dessiner la santé publique de demain*, rapport du Pr Franck CHAUVIN, 2021
- *La fabrique des pandémies* de Marie Monique ROBIN



Podcast



La mécanique des épidémies

Renaud Piarroud

Mais aussi :

- *LSD, le temps des seringues* de Gilles Blanchard
- *La ville relationnelle* de Sonia Lavadinho

LES CONSEILS DU BUREAU POUR LES NÉOS :

- “L'internat c'est l'occasion de découvrir pleins de trucs alors restez curieux et ouvert aux opportunités !”
- “Posez beaucoup de questions aux internes, aux médecins que vous croiserez, intéresserez vous à leur parcours pour vous inspirer !”
- “Profitez des stages pour découvrir différents pans de notre spécialité, même si vous avez une appétence particulière pour un domaine spécifique! Toute expérience, toute approche, vous servira à vous construire professionnellement”
- “Prendre le temps de se former et suivre ses envies ! Être patient, la spé peut demander un temps d'adaptation mais ça vaut le coup”
- “Discuter au maximum avec d'autres internes, notamment plus anciens, de leurs stages, expériences, formations (n'hésitez pas à nous contacter d'ailleurs !). Aussi, quand on a un moment de doute, prendre le temps de regarder en arrière et voir le chemin parcouru. Parfois, on ne se rend pas compte ! En rentrant en santé publique, le chemin est souvent moins "balisé", c'est normal de douter !”
- “Ne cherchez pas trop vite à avoir un parcours parfaitement cohérent. Testez, explorez, rencontrez des gens qui font des choses très différentes”
- “Il n'y a pas deux parcours similaires, n'ayez pas peur d'avoir un parcours atypique”
- “Tu n'es pas là pas hasard, écoute toi et crois en toi”



- DOSSIER ADDICTOLOGIE -

Entre pratiques ordinaires et enjeux collectifs, banalisation et stigmatisation



REGARDS CROISÉS SUR LES CONDUITES ADDICTIVES

La rédaction de ce bulletin vous propose, pour cette édition, un dossier consacré à l'addictologie.

Ce choix est né à la fois de l'intérêt que nous portons toutes les deux à ce sujet, mais aussi de la richesse et de la transversalité des échanges qu'il nous a permis d'avoir au cours des entretiens réalisés.

En effet, les conduites addictives sont à la croisée de nombreuses thématiques : santé mentale, politiques publiques, prévention, sécurité, inégalités sociales de santé, etc. Elles constituent ainsi un enjeu majeur de santé publique. Le tabac demeure la première cause de mortalité évitable en France, suivi par l'alcool, auxquels sont attribués respectivement 68 000 et 41 000 décès chaque année.

À travers ces quatre interviews, nous souhaitons vous donner à voir un échantillon non exhaustif, de la diversité des acteurs et des approches qui composent le champ de l'addictologie. Des acteurs de l'administration aux professionnels de terrain, du médecin au patient partenaire, ces témoignages permettent de mettre en lumière la pluralité des regards, des pratiques et des enjeux qui traversent cette spécialité.

La rédac,
Irène Valay et Maureen Gélébart

Quelques acronymes et notions utiles pour la lecture de ce dossier :

RDR / RDRD : La Réduction Des Risques et des Dommages est un principe de santé publique visant à réduire les conséquences et les dommages – sanitaires et socio-économiques – induits par la consommation de substances psychoactives chez les individus, sans attendre d'eux un arrêt ou une diminution de leur consommation.

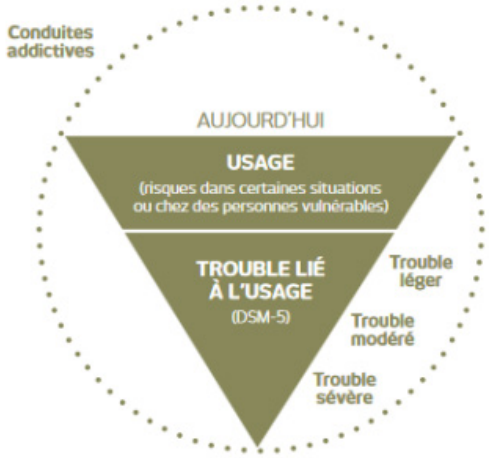
CSAPA : Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

PES : Le Programme d'Échange de Seringues est un dispositif de RdR de distribution de seringues à l'unité ou de trousses de prévention dans des lieux fixes (associations, pharmacies, automates) ou mobiles (bus, équipes de rue). Ces programmes sont apparus en France à la fin des années 1980 sous l'impulsion de Médecins du Monde.

Méthadone et buprénorphine (Subutex) : Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) disposant d'une AMM pour le traitement de la dépendance aux opiacés (dont héroïne).

Conduite addictive : désigner l'ensemble des usages ou comportement susceptibles d'entraîner un trouble.



L'ADDICTOLOGIE AU CROISEMENT DE LA CLINIQUE ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Focus sur la FST addictologie avec Rémi Valter .
Médecin de santé publique et addictologue au CHU de Nantes.



Maureen Gélébart : **Merci d'avoir accepté cette interview. Tout d'abord, peux-tu expliquer ton parcours professionnel depuis le début de ton internat jusqu'à maintenant ?**

Rémi Valter : Je suis arrivé en santé publique avec le choix d'investir plutôt des éléments de prévention, de promotion de la santé. Je souhaitais également acquérir des méthodes, donc j'ai fait ma phase socle en CHU où j'ai pu me former en épidémiologie, recherche clinique et en méthodologie. J'y suis resté un an, pendant la période COVID-19, où j'ai également été dans d'autres structures (Santé publique France, équipe opérationnelle d'hygiène)

Après cette expérience, je suis allé à la Direction générale de l'enseignement scolaire, voir comment accompagner les sujets de santé en dehors du système de soin, puis au Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie pour me sensibiliser à d'autres enjeux politiques, économiques et acquérir une vision plus stratégique en santé publique. Après avoir fait mes quatre premiers semestres à orientation plutôt méthode technique et acculturation de certains milieux je me suis orienté vers l'addictologie.

J'ai pu passer à la MILDECA (Mission Interministérielles de Lutte Contre les Drogues et Conduites Addictives) qui est une structure nationale très intéressante permettant d'avoir une vision globale très large.

Après ça je suis allé dans une structure hospitalière où on pouvait avoir une activité mixte de santé publique et d'addictologie. Cela m'a permis avant la FST de remettre un pied à l'étrier, de faire un peu de consultation et de liaison. Cela m'a consolidé dans le fait que j'aimais bien ça. L'addictologie est apparue pour moi comme une évidence. Depuis la FST, j'ai poursuivi en CHU dans un service de santé publique puis j'exerce maintenant également dans un service de santé publique avec des casquettes d'enseignant-chercheur, convaincu de l'utilité de l'ensemble de ces leviers (hospitalier, recherche, enseignement) pour améliorer la santé de nos populations.

MG : **Qu'est-ce qui t'a amené vers l'addictologie et qu'est-ce qui t'a poussé à faire la FST par la suite ?**

RV : Ce qui m'a intéressé en addictologie ce sont les liens qu'il y a avec la prévention, promotion de la santé. L'addictologie pour moi est à la frontière de différents milieux tels que le soin, l'éducation nationale, le régalien. Cela concerne aussi de nombreuses politiques locales, nationales voire internationales.

De plus, le tabac et l'alcool sont les deux premières causes de mortalité évitable. En tant qu'acteur de santé publique je trouvais primordial de m'y intéresser.

L'addictologie rejoint aussi certaines de mes appétences initiales telles que la neurologie, la psychiatrie, les pathologies chroniques. Cela me permettait aussi de récupérer en plus de mon activité de santé publique une activité clinique et je trouvais très intéressant de pouvoir allier les deux.

MG : Est-ce que tu pensais déjà à l'addictologie au début de ton internat ?

RV : Non, c'est comme tout, c'est toujours des rencontres. Au début de mon internat, j'envisageais un certain nombre de stages, structures dans lesquelles j'allais passer et ce que j'avais envie de faire ou plutôt de voir. Je ne me projetais pas sur plusieurs années. C'est venu en cours d'internat quand j'ai commencé à me poser des questions sur l'après et ce que j'avais envie de faire.

J'ai fait quelques stages au niveau national, où j'ai trouvé de l'intérêt pour la mise en place de politiques mais je souhaitais investir des échelons plus locaux. Je trouvais aussi un peu frustrant la temporalité de santé publique où certains projets sur lesquels on travaille pendant un certain nombre de semaines, mois, voire parfois années, n'aboutissent pas forcément.

L'alignement des planètes a fait que je me suis tourné vers l'addictologie. Mais au tout début de l'internat, je n'imaginais pas reprendre une activité clinique, je pensais plutôt aller dans des administrations, dans des associations.

MG : Est-ce que tu pourrais présenter un peu la FST ?

RV : La FST comme toute formation spécialisée transversale se fait au cours de la phase d'approfondissement pendant deux semestres. J'ai réalisé ma FST en Ile-de-France que j'ai plutôt orientée sur des consultations ambulatoires que de l'hospitalisation. Pour l'activité pour laquelle je me projetais je souhaitais voir un grand nombre de patients, avoir un type d'exercice très diversifié.

La FST d'addictologie est une FST qui se veut très clinique. L'idée est de voir un maximum de patients, patientes, usagers, usagères. Il y a quelques enseignements qui se font en distanciel et un mémoire à la fin, à orientation plus ou moins clinique en fonction des subdivisions. Il y a aussi dans certaines subdivisions, des enseignements supplémentaires de psychiatrie par exemple.

J'ai donc fait deux stages en CSAPA. Le premier à Saint-Anne, assez orientée psychiatrie où j'ai pu en plus faire un jour par semaine en maison d'arrêt. J'ai pu voir le milieu pénitentiaire, et l'organisation des soins dans ce type de structure ce que j'ai trouvé très intéressant, surtout avec un regard de santé publique.

L'autre CSAPA, rattaché à la Croix-Rouge, avait une valence un peu plus sociale. J'ai pu aussi voir une structure résidentielle, un CTR (Centre thérapeutique résidentiel). En addictologie, il y a plusieurs niveaux et gradations de soins et certaines personnes vont en CTR pour y vivre pendant un certain nombre de mois.

J'ai aussi fait des consultations en consultation jeunes consommateurs (CJC). On y trouve un public vulnérable avec ses propres particularités, ses propres consommations.

Ce que j'ai beaucoup apprécié c'est que les addictologues ont l'habitude de l'interdisciplinaire. Ce sont généralement des personnes très bienveillantes. J'ai pu avoir une montée en charge en termes de patients qui s'est faite très sereinement et dès que j'avais un problème, une difficulté, j'ai toujours pu solliciter un collègue.

MG : Quelles difficultés as-tu pu rencontrer au début de la FST ? Est-ce que ça a été compliqué pour toi de refaire de la clinique après plusieurs semestres de santé publique ?

RV : Ce sont des questions que l'on se pose quand on envisage de faire des stages dans des structures où on va revoir des patients, patientes, comme en addictologie, PMI, CEGIDD, etc. Ce n'est pas toujours un présupposé en arrivant en santé publique, de se dire que l'on va reprendre ou garder une activité clinique. Je pense que cela a beaucoup de sens de pouvoir faire les deux mais chacun construit son métier comme il le sent. Cela fait partie de la richesse de l'internat de santé publique et du métier de médecin de santé publique.

J'avais de l'appréhension comme dans toute structure quand on arrive, que ce soit en santé publique ou en clinique mais cela s'est bien passé. Lors de mon premier stage de FST, j'ai été intégré au cours des internes de psychiatrie et cela m'a bien aidé. J'ai aussi beaucoup lu : des référentiels sur la pratique clinique en addictologie, sur les TCC, sur les psychothérapies, etc pour consolider les connaissances du premier et second cycle. C'est une (sur-)spécialisation qui demande je pense un certain investissement en termes de psychothérapie et d'approches thérapeutiques.

MG : Dans quelle structure peut exercer un médecin de santé publique addictologue et quelles sont les perspectives après la FST ?

RV : Dans toute structure dans laquelle peut exercer un médecin de santé publique. Par exemple Étienne Pot qui est depuis quelque temps à la tête de Santé Publique France et qui avant ça était à la délégation interministérielle pour les troubles du neurodéveloppement,est initialement un médecin de santé publique addictologue. Je crois qu'il n'exerce plus trop en tant qu' addictologue mais ça lui a permis d'avoir une coloration sur son parcours.

Ensuite, des profils que j'ai vus, j'ai l'impression qu'un médecin de santé publique addictologue peut aussi exercer dans toute structure où il y a des addictologues. C'est-à-dire en hospitalier, que cela soit à temps plein, en HDJ, en CSAPA. En dehors de la FST, il existe aussi la capacité d'addictologie qui est une autre matière de se former de deux ans en post-internat.

Parmi les médecins de santé publique ayant réalisé l'une ou l'autre des ces formations, j'en ai aussi vu exercé dans des structures régionales, en chargé de mission, chargé de projet, à orientation addicto-santé mentale.

En revanche, je n'en ai pas vu exercer de manière isolée, en libéral mais plutôt dans des structures médico-sociales ou hospitalières. Cela va avec la coloration que notre DES offre.

Ensuite, les seules restrictions que je vois pour un médecin de santé publique addictologue par rapport à certains addictologues, ce sont les restrictions de prescription liées à certaines spécialités.

Par exemple, pour le TDAH chez l'adulte, actuellement seul un psychiatre ou un neurologue peut faire une primo prescription. Nous pouvons faire du repérage, du diagnostic mais pas de prescription. Sur les autres médicaments d'addictologie tels que les traitements de substitution aux opiacés, les addictolytiques du trouble de l'usage de l'alcool, les traitements de substitution nicotiniques, il n'y a pas de sujet, les médecins de santé publique addictologues ont le droit de prescription. C'est de même pour ce qui concerne les anxiolytiques, les antidépresseurs et toute la pharmacopée que l'on peut utiliser en psychiatrie.

MG : Est-ce que tu peux expliquer comment ta pratique clinique et ta pratique plus santé publique s'articule ?

RV : Aujourd'hui concrètement j'ai un poste de chef de clinique en santé publique avec une part en addictologie.

J'ai deux demi-journées de consultation d'addictologie et une demi-journée d'équipe de liaison en addictologie où je donne des avis.

Ensuite, sur les missions de santé publique, j'ai plutôt une orientation de prévention et de promotion de la santé : accompagnement de la démarche Lieu de santé sans tabac, Lieu de santé promoteur de santé, du mois Sans Tabac, du défi de janvier, que ce soit sur de la communication, sur la formation des acteurs, etc. En parallèle de ça, j'ai aussi une casquette enseignement avec par exemple l'encadrement du service sanitaire, des enseignements de santé publique, mais aussi d'addictologie (sémiologie, entretien motivationnel, repérage précoce-intervention brève, ...).

Aujourd'hui je vois de plus en plus de liens et la façon dont l'un et l'autre se nourrissent mutuellement. L'addictologie c'est aussi comment est-ce qu'on accompagne des gens au changement de comportement, à l'éducation pour la santé, à l'empowerment : des thématiques qu'on utilise en santé publique. Par exemple, les formations sur le Repérage Précoce et Interventions Brèves (RPIB) intègrent des éléments populationnels : comment mettre de la prévention dans nos soins avant que la maladie ne soit constituée.

A l'inverse, l'activité clinique m'aide aussi beaucoup sur certains projets tel que le Mois Sans Tabac, sur des programmes ETP, ou sur des questionnements que l'on peut avoir avec des structures régionales.

Je suis aussi investi au sein de la Société francophone de tabacologie où je vois très bien comment la clinique infuse les questions et peut répondre aux questions qui sont posées. Dans l'autre sens, le regard santé publique vient apporter d'autres questions : sur l'économie, les inégalités territoriales de santé, l'accès et l'organisation des soins.

MG : La santé mentale est la grande cause nationale pour la deuxième année d'affilée, selon toi quels sont les grands enjeux autour de l'addictologie aujourd'hui dans le contexte de crise de la psychiatrie ?

RV : L'addictologie est très associée aux inégalités sociales et territoriales de santé.

Les addictions peuvent aggraver un certain nombre de maladies et sont un indicateur d'autres maladies, notamment de santé mentale. On parle aujourd'hui de pathologie duelle, pas seulement d'association entre pathologie en santé mentale et addiction. Il se pose toujours la question de l'œuf ou de la poule, de facteurs de vulnérabilité et de maintien commun. Le défi en pratique clinique est d'arriver à démêler l'ensemble, à trouver des stratégies communes. En santé mentale, il y a des éléments assez forts de normes sociales.

Aujourd'hui si j'avais des combats en addictologie, ça resterait sur le tabac et l'alcool. Le tabac représente 68 000 morts et 156 milliards de coûts sociaux, l'alcool, lui, 41 000 morts, 102 milliards de coûts sociaux et la première cause de handicap non génétique. Dans 40% des violences intrafamiliales on retrouve de l'alcool qui est une substance qui est extrêmement banalisée, normalisée. Je pense qu'on pourrait renforcer nos politiques publiques et sociales en ce qui concerne ces deux substances. Cela sans être hygiéniste, mais en essayant de faire le contre-pied des lobbys, qui, eux, sont très incisifs.

Une campagne de communication sur l'alcool avait été travaillée avec Santé Publique France : "Quand on boit des coups, notre santé prend des coups", et celle-ci a été finalement annulée. Il y a des enjeux assez forts sur l'alcool, mais pas forcément des politiques de santé publique en raccord.

MG : Quel regard porte la société sur les consommations de substances psychoactives ? Y a t'il des différences entre substances légales et illégales ? Comment débanaliser les usages d'alcool, de tabac, sans pour autant moraliser et stigmatiser ?

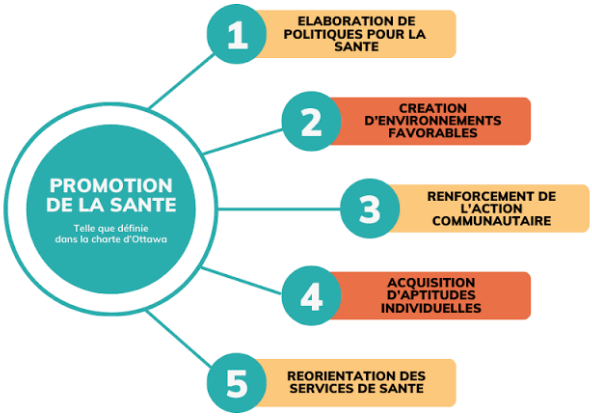
RV : Je pense qu'il faudrait se rapprocher de travaux de sociologues, cela dépasse le cadre de mes connaissances. En revanche, au-delà des différences entre substances légales ou non, le rapport entre substances légales n'est pas non plus le même. Le tabac et l'alcool ont des normes culturelles très différentes actuellement. Par exemple, est-ce que cela fait partie du rôle du médecin de questionner l'alcool ? Les patients estiment que oui, là où depuis le début de nos études on apprend à le mettre dans mode de vie. Tout comme le trouble de l'usage du tabac, le trouble de l'usage de l'alcool est une pathologie. Cela rejoint la question beaucoup plus large de comment est-ce qu'on questionne la santé mentale, le rapport aux substances psychoactives, aux consommations.

En addictologie, le fait que le produit soit légal ou illégal ne joue pas sur le procédé addictogène. C'est plutôt la rencontre entre un individu, un comportement - et non seulement une substance - et un environnement qui rentre en jeu.

MG : Comment faire prendre conscience que ces pratiques ordinaires et banalisées représentent un enjeu collectif ?

RV : Les meilleurs leviers qu'on a en santé publique sont rarement des leviers individuels, et c'est malheureusement la tendance qu'on a aujourd'hui dans certaines politiques publiques. On met la responsabilité sur les individus, sur les comportements, sur la notion de liberté individuelle, alors là même que, en addictologie, l'addiction c'est la perte de liberté.

Les conduites addictives comme plein de comportement s'inscrivent sur un gradient. Le coût majeur pour le système de santé au niveau alcool n'est pas les personnes ayant un trouble de l'alcool mais plutôt ceux ayant un mésusage. Il y a un effet de volume, c'est aussi le paradoxe de la prévention de Rose[1]. C'est important d'avoir des politiques publiques et de santé publique moins centrées sur les individus. Cela fait partie des piliers de la charte d'Ottawa.[2]



Définition :

[1]Paradoxe de la prévention de Rose : décrit une situation contradictoire où la majorité des cas d'une maladie provient d'une population à risque faible ou modéré de développer cette maladie, alors que seule une minorité de cas concerne la population à haut risque de développer cette même maladie. Ainsi, une mesure préventive qui apporte un bénéfice important à l'ensemble d'une population n'apporte qu'un avantage très faible voire imperceptible à chaque individu pris isolément.

Références :

[2]Charte d'Ottawa : https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/93b14482-4e40-4625-9ca9-5dc8f85dc232/content

[3]OMS "Best Buys" - 2024 : https://www.who.int/en/publications/i/item/9789240091078

Il faut moins se demander "comment est qu'on fait prendre conscience que", mais plutôt s'interroger sur comment est-ce qu'on renforce l'applicabilité et l'efficacité des politiques.

Les OMS "Best Buys"3 montrent l'importance de la taxation et de certaines réglementations.

Pour le tabac, il y a l'augmentation par palier du prix du paquet, le paquet neutre mais aussi l'augmentation du nombre de prescripteurs nicotiniques. Pour l'alcool, il serait pertinent de se doter d'une stratégie de prévention à l'échelon national, d'avoir une taxation homogène quel que soit le produit (bière, vin ou spiritueux).

Au niveau de la consommation des jeunes, le respect des interdits protecteurs que ce soit pour le tabac, l'alcool ainsi que les produits nicotiniques représente un enjeu majeur. Il faudrait aussi investir davantage les réseaux sociaux ou ces produits sont aujourd'hui fortement promus. La communication et le marketing sur ces espaces est un réel enjeu.

Il faut évidemment aussi accompagner les personnes ayant des conduites addictives déjà constituées.

L'enjeu est plutôt dans un ensemble de politiques méso/macro que dans une seule solution.

MG : Un dernier mot/conseil pour les internes de santé publique ?

RV : Pour les FST et stages cliniques, j'inviterais les internes à se rapprocher des structures pour voir s'ils ne peuvent pas déjà y passer ou être en observation avant d'y investir six mois s'ils le souhaitent.

Ensuite, je souhaiterais surtout beaucoup de plaisir à nos jeunes collègues dans cet environnement de santé publique et dans ce futur métier de médecin de santé publique.

C'est un métier formidable. Je leur souhaite de construire leur parcours et leur métier comme ils le souhaitent. C'est un métier extrêmement riche.

QUELQUES RECOMMANDATIONS :

Conférence



L'Université populaire de la rationalité et de l'esprit critique

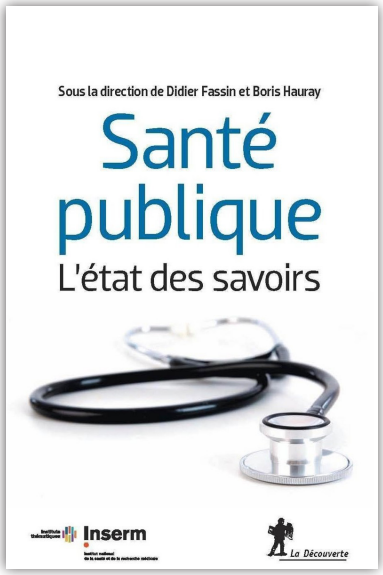
traverse de multiples disciplines – sociologie, philosophie, physique, sciences cognitives et biologie – pour interroger les conditions de formation du jugement éclairé dans un monde complexe.

Lecture

Santé publique, l'état des savoirs

Didier Fassin et Boris Hauray

Au cours des deux derniers siècles, la santé publique a vu son territoire s'étendre et sa légitimité se conforter dans l'action de l'État aussi bien que dans les pratiques des citoyens. Ébranlée par des crises sanitaires, mais renforcée par le déploiement de nouveaux savoirs et de nouvelles institutions, elle est devenue un enjeu majeur des sociétés contemporaines. À la fois domaine politique, secteur administratif, matière universitaire, champ professionnel et réalité médicale, la santé publique est au cœur de nos grandes interrogations en matière de risque et de précaution, de solidarité et de responsabilité, de justice et d'efficience, d'évolutions démographiques et épidémiologiques. C'est à en décrypter les multiples facettes qu'une soixantaine d'auteurs, chercheurs mais aussi praticiens, s'emploient dans ce livre.



UNE VISION INTERMINISTÉRIELLE DES CONDUITES ADDICTIVES

Nathalie RAMDJEE
Médecin à la MILDECA (Mission Interministériel de Luttes contre les Drogues et les Conduites Addictives)

Maureen Gélébart : **Merci de nous avoir accordé cet entretien. Est ce que vous pourriez commencer par vous présenter, votre parcours, votre poste actuel ?**

Nathalie Ramdjee : Je suis psychiatre. Pendant la maquette de psychiatrie, je suis passée en addictologie, en ambulatoire avec des consultations surtout centrées alcool. J'ai beaucoup aimé l'approche globale, le fait qu'on prenne aussi en charge le côté social, et le côté ambulatoire également où on avait la possibilité de voir les personnes de façon très rapprochée.

J'ai fait le DESC (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires) d'addictologie. J'ai fait deux semestres en CSAPA puis un assistanat que j'ai fait à Bordeaux. J'avais rencontré l'équipe de Bordeaux à Paris, en cours de DESC et j'aimais beaucoup leur approche qui était centrée sur le craving dont on ne parlait pas encore beaucoup il y a 15 ans.

Après ça, je suis partie en libérale, où j'ai fait de la psychiatrie et de l'addictologie. En libéral, dans le centre de Bordeaux, on se retrouve avec un public qui ne vient pas forcément au CSAPA, mais qui est peut-être plus inséré socialement. Cela, quelquefois, peut empêcher l'accès aux soins. Aller dans des CSAPA n'est pas facile quand on est un élu, ou qu'on est dans une entreprise assez connue dans la région, et le fait d'être en centre de Bordeaux, c'est plus accessible.

Ensuite, j'ai fait un peu de médecine du travail, pour justement le côté prévention mais je n'ai pas pu en faire beaucoup donc j'ai vite arrêté.

Et après, j'ai travaillé en maison départementale des personnes handicapées, où j'étais chef de service. J'étais sur la partie médicale, l'idée était que les troubles psychiatriques et les addictions puissent être mieux évalués et mieux pris en compte.

Je suis ensuite retournée en libérale avant de sortir du cabinet pour arriver à la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduite Addictive) en décembre 2025. Ce qui m'attirait à la MILDECA, c'était d'avoir une approche un peu plus globale, collective.



MG : **Qu'est-ce que vous faites actuellement à la MILDECA ?**

NR : Je suis chargée de mission santé. Le but de la MILDECA est de coordonner les politiques publiques en lien avec les addictions. Par exemple, la semaine dernière, j'étais au ministère de l'Intérieur, qui nous sollicite pour leur amener des éléments de santé que eux n'ont pas. Ça peut être de les mettre en relation avec le ministère de la santé, de leur apporter des infos sur différentes choses.

Je suis aussi référente sur certains territoires. J'ai Mayotte, Réunion, Île-de-France et Normandie. On est référent pour le territoire en binôme : je suis sur le versant santé et il y a souvent quelqu'un d'autre qui est plus sur le versant régalien. Par exemple, sur certains territoires, je suis avec un procureur, sur d'autres, avec une douanière.

L'objectif est de pouvoir aider les préfectures à qui on délègue des crédits, de les accompagner. De temps en temps, on a des conventions qu'on suit. On essaye de les aider et de les accompagner à traduire sur les territoires les politiques publiques.

MG : Quels sont vos principaux axes de travail à la MILDECA ?

NR : Il y a la partie sur les territoires qui nous prend quand même pas mal de temps. On a un programme qui s'appelle Limits (Limiter l'Implication des MIneurs dans les Trafics de Stupéfiants). C'est-à-dire qu'on va être à la fois sûr de la prévention, prévention très primaire, primordiale et à la fois sur des actions globales.

J'aime bien la pluridisciplinarité qu'on y retrouve. On est à la fois en lien avec des acteurs de l'éducation nationale, des éducateurs sociaux et à la fois avec les forces de l'ordre, avec les ARS. C'est ça que j'aime bien, c'est cette pluridisciplinarité qui est très présente à tous les niveaux dans mon quotidien. Là, par exemple, ce matin, j'ai pu aller dans une association. La MILDECA gère des fonds, et quelquefois, on peut être amené à accompagner certaines associations et donc on va les rencontrer, voir ce qu'ils font et comment on peut les aider.

Travailler avec un commissaire de police, un gendarme, etc, ce sont des choses auxquelles on n'est pas habitués en tant que médecin et je trouve que c'est très riche.

Parce qu'eux aussi ont envie de travailler avec nous, eux aussi sont très demandeurs.

MG : Par rapport à d'autres professionnels qui travaillent à la MILDECA, qu'est-ce que vous apporte votre expérience clinique dans la pratique de votre poste actuel ?

NR : Je pense que ça me permet d'avoir un regard sur ce qui se passe chez les patients, parce que j'en ai suivi. Mais aussi, c'est très riche d'avoir des personnes avec moi qui maîtrisent, peut-être plus que moi, le côté administratif, institutionnel, et de savoir les leviers qu'on peut actionner. Je pense que ça se complète, en fait, pas mal.

Parce que, justement, des personnes qui n'ont pas forcément le même parcours que moi, mais qui ont un parcours peut-être dans l'administration, que ce soit au ministère de la Santé ou autre, ils savent les leviers qu'on peut activer, ils savent les fonds qu'on peut activer, là où moi, j'ai moins cette connaissance-là. Donc, du coup, ça se complète. Moi, je peux apporter ma connaissance un peu plus médicale et du terrain, et d'autres m'apportent cette connaissance-là.

MG : Vous avez évoqué le fait qu'il y avait une évolution dans la pratique en addictologie. Quelle est cette évolution et vers où est-ce qu'on devrait essayer d'aller encore ?

NR : Ce qui a changé, c'est qu'avant, c'était très centré produit. C'est-à-dire qu'il y avait alcool, d'un côté, et tout ce qui était illégal, stupéfiants, de l'autre.

Maintenant, on est dans une approche plus globale. C'est-à-dire que, oui, on va prendre en charge la cocaïne, mais on va aussi s'intéresser au tabac ou à l'alcool, on va s'intéresser à l'aspect social. C'est plus global.

Par exemple, à un moment donné, on distinguait drogue dure et drogue douce. Cela n'a aucun sens maintenant. Ça ne se fait plus du tout, puisque c'est juste une substance psychoactive, qu'elle soit légale ou illégale, à la limite, on s'en fiche. Le problème, c'est ce qu'elle engendre, la perte de contrôle et les conséquences négatives sur l'usager.

Avant aussi, on était très centré sur sevrage, et maintenant il y a plus de prévention. Les addictions comportementales (paris sportifs par exemple) sont entrées en ligne de mire, alors qu'avant, tout ce qui était sans substance, on ne s'y intéressait pas trop.

MG : Au niveau des produits consommés, y a t'il également des évolutions ?

NR : Oui, sur le champ des produits, par exemple, il y a la cocaïne.

Avant, il n'y avait pas beaucoup de cocaïne tandis que maintenant il y en a énormément, et ce dans tous les milieux de vie, dans toutes les classes socio-professionnelles. Elle est de moins en moins chère, de plus en plus pure. Moins c'est cher et plus c'est accessible, notamment chez les jeunes.

Tout ce qui est cannabinoïdes de synthèse, qu'il n'y avait pas avant, et qui sont aussi de plus en plus accessibles.

Chez les jeunes, le rôle très pondérant des réseaux sociaux change aussi la donne sur la distribution, sur l'accès. C'est un peu caricatural mais avant, le dealeur, c'était quelqu'un en bas de la rue. Maintenant, on n'en voit plus beaucoup, il y a beaucoup, beaucoup de trafic qui passe par les réseaux sociaux et là - c'est moins mon domaine - on a moins de capacité d'agir, moins de visibilité.

MG : En France, on a une consommation importante d'alcool et de tabac. Comment on peut débanaliser ça sans pour autant passer dans une stigmatisation ou une moralisation que l'on peut avoir sur d'autres drogues « dures » ?

NR : A la MILDECA, nous prônons beaucoup la prévention. La prévention primordiale, c'est-à-dire dès le plus jeune âge, développer ce qu'on appelle les compétences psychosociales pour apprendre à gérer ses émotions, apprendre à les reconnaître, apprendre à dire oui, à dire non, à s'intégrer dans un groupe, à avoir son propre livre-arbitre.

Ensuite, je pense que les mois sans tabac, le dry january permettent à une tranche de la population qui ne se posait pas forcément la question de ses consommations, de justement les questionner.

Ce qui me paraît important aussi, vous parliez à juste titre d'alcool-tabac, c'est de renforcer les interdits protecteurs. Chez les mineurs, normalement, c'est interdit. Justement, on fait un bon travail qui est de faire en sorte que les interdits qui existent soient mieux respectés. On sait que plus on consomme tôt et plus les risques peuvent être graves alors l'objectif est de retarder au maximum les premiers usages.

MG : Selon vous, quel regard la société porte sur la consommation des substances psychoactives et comment on peut les faire évoluer ?

NR : Dans tous les cas, une personne qui a une addiction est quand même assez stigmatisée. Il reste encore la vision d'une personne qui n'a pas de volonté.

Je pense que c'est là où on a des progrès à faire sur la communication : expliquer que c'est une pathologie chronique, une dysrégulation du système de récompense, que le sevrage, ce n'est pas la fin de la prise en charge. Une prise en charge en addictologie, c'est long. Et tout cela sans pour autant décourager, dire que c'est possible de s'en sortir. C'est aussi le message que je veux faire passer.

Dans les patients qu'on voit, déjà, par définition, ils viennent d'eux-mêmes et non en obligation de soins pour la plupart, donc la volonté, elle est là. Il n'y a personne qui les a forcé à venir. Ils ont envie de s'en sortir, mais c'est compliqué.

Et donc, c'est aussi de rappeler aux patients eux-mêmes que ce n'est pas qu'une question de volonté, de valoriser les petits progrès. Je pense que c'est important d'expliquer cela, de prendre en charge les comorbidités s'il y en a, quand il y en a, d'avoir quand il y a besoin, une approche sociale. Par exemple, quand on est à la rue, c'est compliqué d'arrêter de boire, d'arrêter de fumer. Il faut être accompagné, mais aussi d'un point de vue habitat et social.

MG : Est-ce que vous avez eu l'occasion de travailler avec des médecins de santé publique pendant votre parcours ? Qu'est-ce que vous trouvez comme plus-value à cette spécialité ?

NR : Oui, avec mon chef, Nicolas Prisse et les internes de santé publique qui sont venus en stage.

La spécialité de santé publique permet d'avoir cette vision un peu plus distante, un peu plus à 360°. C'est la grande richesse de votre internat. Ça vous permet d'aller dans plein de lieux différents et de voir comment on peut améliorer. Parce que l'idée est celle-ci : comment améliorer et prévenir. Le côté prévention est hyper important en santé publique, et on ne le retrouve pas assez dans les autres spé. Bien sûr, cela peut être un peu frustrant, parce qu'on ne voit pas forcément les effets de la prévention. Donc ça, peut-être que ça ne convient pas à tout le monde.



MG : Un dernier message, conseil pour les internes de santé publique ?

NR : Honnêtement, moi, pendant l'externat, je ne connaissais pas la santé publique. Enfin, je connaissais les grands principes, mais je ne connaissais pas la spécialité santé publique. Je pense que c'est une spécialité que vous pourrez exercer de plein de façons différentes et où chacun peut y trouver son compte en fonction de ses appétences.

Vous voyez, quand vous comparez un médecin en DIM à un médecin à la MILDECA ou à un médecin en PMI, ça ne sera pas du tout la même chose. Vous pouvez faire plein de choses différentes.

MG : Oui c'est vrai ! Merci beaucoup pour cet entretien.

QUELQUES RECOMMANDATIONS :

Lecture

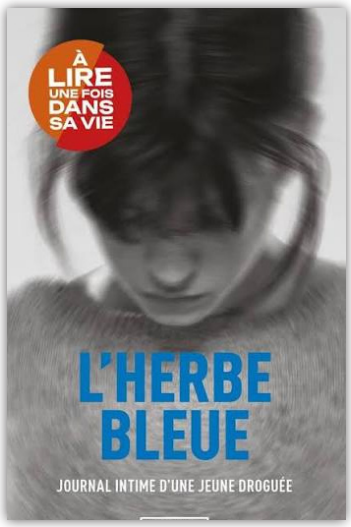
L'herbe bleue

Béatrice Sparks

Récit du journal d'une adolescente de 15 ans mal dans sa peau.

Elle vit avec ses parents et son jeune frère et sa petite sœur, son père est professeur et il est muté dans l'université d'une autre ville, toute la famille va déménager.

De retour chez elle, elle s'éloigne de son amie Berth, se fait de nouveaux amis qui comme elle se droguent, pour se payer de nouvelles sensations elle commence à en vendre.



Podcast



Addiktion

Laurent Karila

C'est quoi une addiction ? Pourquoi c'est une maladie ?

Comment s'installe-t-elle en nous ?

Que se passe-t-il dans notre cerveau ?

A quel moment se considère-t-on comme addict ?

Quelle vie quand on ne peut plus se passer d'un produit ou d'un comportement addictif ?

Et comment réussir à s'en sortir ?

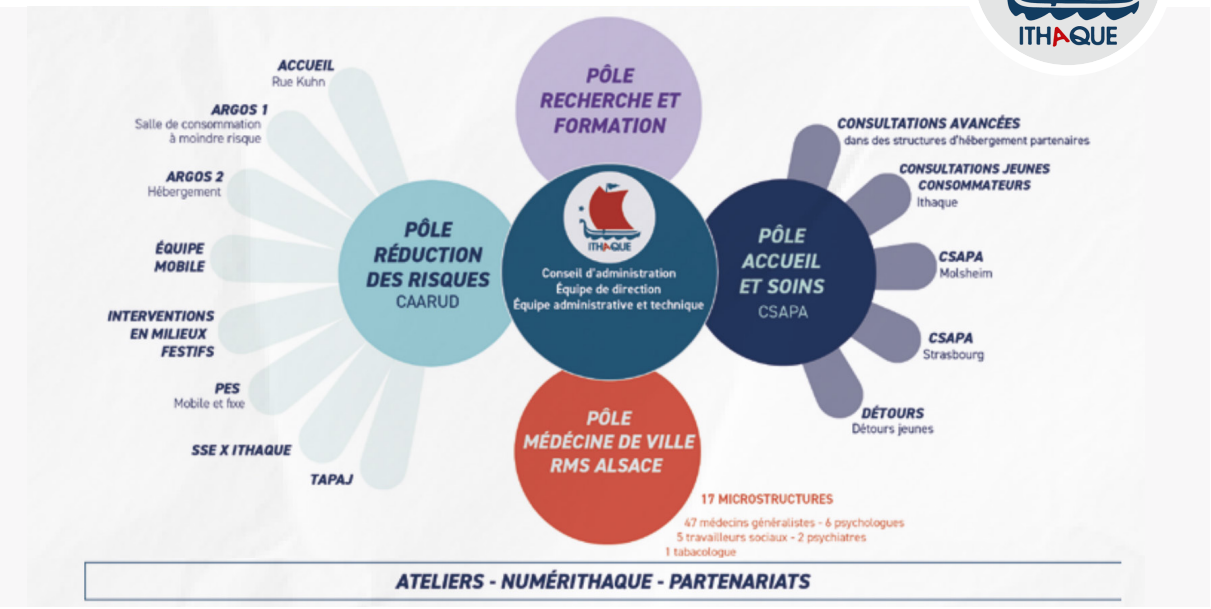
Le plaisir qui devient souffrance, ses démons, ses tabous, le déni, la honte, la culpabilité, la perte de contrôle et de liberté. Les risques pour la santé mentale, physique, les dommages collatéraux. Pour ce podcast, Laurent est accompagné de personnes ayant connu de près l'addiction ou d'anciens addicts qui s'en sont sortis.

ITHAQUE, UNE ASSOCIATION PIONNIÈRE DE LA RDR

Ithaque est une association strasbourgeoise qui intervient depuis 1993 auprès de personnes en difficulté avec les addictions. Elle porte notamment l'une des deux Haltes Soins Addictions (HSA) de France, qui fête ses 10 ans cette année.

Entretien avec Gauthier Waeckerle . Directeur général d'Ithaque

Structuration de l'association ithaque



Bref historique

1993 Initiation de l'activité au sein de Médecins du Monde, avec un programme d'échange de seringues afin de limiter les contaminations par le VIH.

1994 Ouverture d'un espace d'accueil et d'un centre méthadone.

2000 Création d'un réseau expérimental de microstructures médicales, pérennisé en 2003. Une microstructure est une équipe de soins de proximité associant un psychologue et un travailleur social à un médecin généraliste de ville, dans son cabinet.

2006 Agrément en tant que Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour usagers de drogues (CAARUD).

2009 Agrément en tant que Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

2014 Mise en place de TAPAJ (Travail Alternatif Payé À la Journée), un dispositif d'insertion par le travail destiné aux jeunes de moins de 25 ans, à la rue et consommateurs de substances psychoactives.

2016 Ouverture de la Halte Soins Addictions (HSA) Argos de Strasbourg, anciennement salle de consommation à moindre risque.

2021 Ouverture de l'hébergement au-dessus de la HSA.



MG : Est-ce que vous pouvez déjà me présenter un peu votre parcours ?

GW : Je suis aujourd'hui directeur général de l'association Ithaque. J'y ai démarré dans les années 90, à l'époque où l'activité dépendait de Médecins du Monde : d'abord comme travailleur social, puis comme chef de service, directeur adjoint et, enfin, directeur général.

À l'origine, j'ai une formation d'historien et d'archéologue. J'ai ensuite été formé à la direction de centres socioculturels, puis à celle d'établissements médico-sociaux.

Avant d'arriver à Ithaque, j'étais proche des milieux militants, notamment d'AIDES, liés à l'épidémie de VIH. J'ai découvert ce secteur à travers les actions des associations, à une époque où l'État ne faisait rien. C'est un peu un hasard, comme souvent, mais cela m'a tout de suite intéressé et motivé : c'était un milieu atypique, où tout était à construire.

C'est un parcours classique dans notre secteur, et pas seulement en addictologie : dans le champ social en général, on démarre souvent comme éducateur ou travailleur social, puis on évolue en interne. C'est un peu moins le cas aujourd'hui, mais cela se fait encore chez nous.

MG : Parmi les différents dispositifs que vous proposez au sein d'Ithaque, vous disposez notamment d'une HSA. Pouvez-vous m'en parler un peu ? Quel type de public accueillez-vous ?

GW : Nous portions un projet de salle de consommation dès la fin des années 90, en nous inspirant de nos voisins, notamment les Suisses, qui ont ouvert la première en 1986. Aujourd'hui, Argos fête ses 10 ans (ouverture en novembre 2016) et l'hébergement, ouvert en juin 2021, ses 5 ans.

Le public accueilli est majoritairement en situation de grande précarité, sans domicile et sans accès aux soins. À la HSA comme à l'hébergement, la priorité est d'accueillir les personnes les plus éloignées du soin.

Lorsque nous repérons des besoins non satisfaits ou de nouvelles pratiques, nous essayons d'y répondre en innovant. C'est au contact des personnes que nous apprenons : on imagine souvent les choses en amont, mais la réalité peut être différente. Avant l'ouverture de la salle, nous pensions accueillir essentiellement des consommateurs d'opiacés ; nous avons eu, et nous avons toujours, énormément d'injecteurs de cocaïne.

La HSA est aussi un observatoire des pratiques et des produits consommés.

MG : Justement, quelles consommations trouve-t-on au sein de la HSA ?

GW : Aujourd'hui, on y trouve essentiellement de la cocaïne, injectée ou fumée. Côté opiacés, on observe depuis 2021 beaucoup de fentanyl consommé sous forme de patchs (Durogesic), issus de prescriptions détournées qui ont fini par circuler dans la rue. C'est plutôt en baisse, mais cela reste l'opiacé majeur consommé et injecté. L'héroïne, elle, a quasiment disparu : c'est une histoire de marché, de disponibilité et aussi de qualité, car elle était à un moment faiblement dosée (autour de 8 %), ce qui n'intéressait plus les usagers.

La cocaïne fumée commence en ce moment à devenir majoritaire, et un équilibre s'installe entre injecteurs et fumeurs. Notre travail de réduction des risques consiste aussi à proposer aux personnes dont les veines sont abîmées par l'injection de passer à un autre mode de consommation, en fumant le produit.

MG : Qu'est ce qui explique que parmi les deux HSA existantes en France, l'une d'elle soit à Strasbourg [l'autre est à Paris] et pas ailleurs ? Est-ce grâce à Ithaque, au réseau associatif ?

GW : Il y a plusieurs raisons.

D'abord, une raison politique. Lorsque la possibilité d'expérimenter des salles de consommation s'est ouverte, le maire de Strasbourg, Roland Ries, et son adjoint Alexandre Feltz s'étaient déjà positionnés en faveur d'un tel projet, bien avant que la loi ne le permette.

Les HSA sont les seuls dispositifs de santé publique qui nécessitent l'avis et la candidature d'une commune : l'ouverture d'un CSAPA ou d'un CAARUD, elle, ne passe pas par la municipalité. Cela peut constituer un frein politique, par souci électoral par exemple.

Ensuite, Strasbourg a historiquement toujours compté un nombre important de personnes qui s'injectent des opiacés, et aujourd'hui de la cocaïne. Nous avons d'ailleurs fait partie des premiers programmes d'échange de seringues et de méthadone en France. Nous tenions beaucoup à l'ouverture d'une salle de consommation, car nos usagers nous sollicitaient sur ces questions depuis très longtemps.

Quand nous avons ouvert en 2016, nous pensions retrouver les usagers que nous voyions déjà dans nos dispositifs. En réalité, plus de la moitié des personnes qui fréquentaient la HSA n'avaient jamais fréquenté nos structures, ni aucune autre. Cela nous a conforté dans l'idée que cet outil manquait à la réduction des risques.

MG : Qu'est-ce qui manque dans les autres villes pour que des salles ouvrent ?

GW : Prenons l'exemple de Marseille. Au départ, il y avait des freins locaux et un désaccord politique sur l'ouverture ; depuis de nombreuses années, la mairie y est favorable. Le blocage se situe désormais au niveau de l'État, qui, pour diverses raisons, empêche l'ouverture de nouvelles salles. Dans le dernier arrêté[1], qui publie un nouveau cahier des charges, le ministère a limité la possibilité d'ouvrir de nouvelles salles aux seules régions Grand Est et Île-de-France. Que vous soyez à Marseille, Bordeaux, Lyon ou Lille, cela ne pourra donc pas se faire en l'état.

Sur le plan du rapport coût-bénéfice, la première évaluation scientifique[2] s'est accompagnée d'une évaluation médico-économique. Elle a ses limites, car nous n'avons pas pu mener d'études de cohorte à long terme, mais elle permet de projeter les coûts évités (passages aux urgences, hospitalisations) et montre un bénéfice très clair. Plus tôt on accompagne les personnes vers le soin, moins cela coûte à long terme. C'est logique.

Pourtant, dix ans après, nous en sommes toujours au même point. En Suisse, où la première salle a ouvert en 1986, ou en Allemagne, où il y en a depuis 30 ans, la question politique et la remise en cause ne se posent plus : c'est simplement une question de pragmatisme.

MG : Comparé à l'international, en Suisse par exemple où cela fait des années qu'il y a des structures type HSA ou des structures de réduction des risques, pourquoi en France cela est-il plus compliqué ?

GW : C'est une question de courage politique. Il y a une focale sur le sujet, alors que toutes les évaluations et inspections menées depuis dix ans ont montré, non seulement que ces dispositifs fonctionnent, mais qu'il fallait en ouvrir d'autres. Il y a sans doute aussi une dimension morale pour certains, mais ce qui l'emporte, c'est le courage politique, très affecté par l'enjeu électoral.
On craint que le grand public réagisse négativement. Néanmoins, dès que l'on explique l'intérêt des HSA, la grande majorité des citoyens y sont favorables[3]. L'État, qui est notre financeur, devrait communiquer bien plus largement et positivement sur le sujet : la réussite des politiques de réduction des risques est bien réelle.

MG : Est ce qu'il y a des opposants à la HSA actuellement ?

GW : Il n'y a pas eu d'opposants à Strasbourg. À Paris, il y en a eu à proximité de la HSA, mais ils restent une minorité. Au début, certains habitants du quartier étaient réticents ; aujourd'hui, une fois qu'ils sont venus voir et qu'ils ont compris le travail réalisé, la plupart soutiennent le dispositif. Il suffit d'expliquer et d'être transparent.

Le manque de communication et de transparence du gouvernement sur les HSA est catastrophique. Il suffirait de dire que ces salles fonctionnent et qu'elles apaisent même l'environnement immédiat, comme l'ont montré toutes les évaluations et inspections, contrairement à ce que certains affirment.

Une inspection conjointe de l'IGA (Inspection Générale de l'Administration) et de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) a ainsi été diligentée, notamment à la demande du ministre de l'Intérieur de l'époque, Gérald Darmanin, afin de déterminer s'il était opportun de maintenir les HSA. Le rapport[4] était très élogieux : il concluait qu'il fallait non seulement les pérenniser, mais en ouvrir d'autres. Il n'a pourtant jamais suscité de réactions, ni de retour des ministères concernés.

Il est étrange que, lorsqu'une inspection ne va pas dans le sens espéré, on n'en fasse rien. Il aurait au contraire fallu s'en saisir pour dire : « Toutes les évaluations scientifiques et administratives sont favorables, il faut en ouvrir d'autres. » Mais on reste prisonnier de l'enjeu électoral, et cela dure depuis dix ans.

Dernier épisode en date : nous avons appris le 30 décembre 2025 que l'expérimentation était prolongée de deux ans. Plutôt que d'avoir le courage de pérenniser les HSA, alors que tous les indicateurs sont au vert, on repousse encore l'échéance. Cela nous replonge dans la précarité et l'incertitude quant à notre avenir.

MG : D'après vous, quel regard porte la société sur la consommation de substances psychoactives ?

GW : Le regard porté sur l'alcool et le tabac n'est pas le même que sur la cocaïne ou les opiacés. C'est un premier constat.

Pour moi, il faudrait commencer par dépénaliser l'usage de tous les produits. Cela permettrait de changer le regard porté sur les consommations de drogues illicites et, surtout, de sortir de l'invisibilité les personnes qui n'osent pas se montrer en raison de leur consommation, afin qu'elles accèdent aux soins. Je suis persuadé que cela fonctionne : le Portugal a dépénalisé tous les usages en 2003 et est aujourd'hui, c'est le pays européen qui compte le moins de consommateurs[5]. Plutôt que de réprimer et d'infliger une amende, il propose un parcours de soins, ce qui est quand même plus intelligent que la simple répression.

Je pense ensuite qu'il faut légaliser a minima le cannabis, comme dans d'autres pays.

Il faut aussi lutter contre le narcotrafic, mais ce n'est pas en interdisant que cela fonctionnera. Nous ferions mieux de consacrer autant d'argent à la prévention qu'à la répression : si un équilibre était trouvé, nous aurions aussi des résultats en santé publique. La preuve, chez les jeunes : l'accent a été mis sur la prévention, et il y a aujourd'hui moins de consommateurs de tabac et de cannabis.

MG : Donc il faudrait plus communiquer et dépénaliser…

GW : Il faudrait dépénaliser l'usage et, surtout, que l'État communique, comme il sait le faire sur d'autres sujets. Nous sommes tout de même financés par l'État à 90 %, voire davantage.

Il faudrait dire que le travail de réduction des risques a porté ses fruits en près de 40 ans : le sida a été éradiqué chez les usagers, la prévalence de l'hépatite C a fortement baissé et, surtout, on les accompagne vers le soin. Cela marche. Alors pourquoi ne pas dire que l'argent public est utilement dépensé ?

MG : Vous parliez du regard différencié porté sur les drogues licites versus illicites. Là où certaines consommations sont banalisées, d'autres sont stigmatisées. Qu'avez-vous à nous dire là-dessus ?

GW : L'alcool et le tabac sont banalisés, alors qu'à l'inverse, une énorme stigmatisation pèse sur un public très restreint de consommateurs de drogues illicites. Pourtant, en matière de santé comme de coûts financiers, ce sont l'alcool et le tabac qui coûtent des milliards d'euros à la société. Les consommations de cocaïne augmentent, certes, mais ce ne sont pas elles qui pèsent le plus en santé publique.

Par exemple, l'État ne soutient pas les campagnes du Dry January : ce sont les associations qui les financent. On est là dans des logiques de lobbies et d'influences plus que de santé publique.

Il faut aussi rester positif : **même si les moyens ne sont jamais suffisants, la France mène depuis les années 90 une politique de réduction des risques soutenue par l'État, les gouvernements et les administrations, dont nous n'avons pas à rougir**. Nous n'avons peut-être pas assez de salles de consommation, mais, globalement, la politique française en matière d'addictions est plutôt exemplaire par rapport à d'autres pays d'Europe et du monde. Peu de pays disposent d'autant de dispositifs de proximité autour des addictions, avec une présence et un soutien importants de l'État via les Agences régionales de santé (ARS). Malheureusement, nous n'avons pas les ressources pour accompagner tout le monde. Il ne faudrait pas forcément beaucoup plus de moyens, mais plutôt les penser autrement : mieux les répartir selon les territoires, et pérenniser et sécuriser les dispositifs plutôt que de les fragiliser avec des financements non pérennes et des appels à projets.

MG : Quand vous dites « penser les choses différemment », c'est-à-dire ?

GW : Depuis de nombreuses années, on fonctionne par appels à projets : sur des thématiques précises, il existe des financements, mais ils restent éphémères. Plutôt que de soutenir des projets solides et de faire confiance aux acteurs de terrain en pérennisant d'emblée les dispositifs, on lance des appels à projets, nationaux ou régionaux, qui ne sont jamais, ou presque jamais, suivis de pérennisation.

Prenons le Fonds de Lutte Contre les Addictions (FLCA) : c'est un fond national, avec des appels à projets nationaux, auxquels il faut répondre avec un projet couvrant plusieurs régions. Seuls les gros opérateurs, c'est-à-dire les grandes associations ou organisations présentes dans plusieurs régions, peuvent y répondre, car il y a de l'argent à prendre. Ils mettent en œuvre des dispositifs, mais trois ans plus tard, quand le financement s'arrête, il n'y a très souvent pas de suite. Pour moi, c'est de l'argent mal pensé et mal dépensé.

Plutôt que de procéder au niveau national, il faudrait répartir les fonds dans les régions, via les ARS, qui accompagneraient des projets pensés dans la durée et au plus près des besoins du terrain, et non sous forme d'appels à projets et de mise en concurrence. Cela n'a aucun sens dans notre secteur. Il vaut mieux financer deux projets pérennes dans l'année que vingt qui n'existeront plus au bout de trois ans.[6]

Plus tôt nous avons des moyens, notamment en prévention et en réduction des risques, plus tôt nous pouvons accompagner les personnes. Or on perd parfois beaucoup de temps sur des questions de réglementation.

On perd aussi beaucoup d'argent dans les évaluations. Elles sont le plus souvent confiées à des organismes privés ; je pense qu'il vaudrait mieux financer des postes dans les ARS, au niveau local, avec des personnes qui connaissent le terrain. De plus, beaucoup d'évaluations ne servent à rien. Prenons l'exemple de la HSA : elle a fait l'objet de multiples évaluations depuis dix ans, toutes positives, dont on ne tient pas compte. Chacune a un coût, alors que la première aurait suffi.

MG : Combien de temps est nécessaire à la mise en place d'un projet ?

GW : Cela dépend des projets. Pour l'hébergement, par exemple, nous avons commencé à y travailler en 2017 et nous avons ouvert en 2021 : il faut compter entre deux et quatre ans, voire parfois plus. Cela dépend aussi des opportunités, car des priorités nationales ou régionales nous permettent parfois de démarrer un nouveau projet.

Aujourd'hui, l'addictologie, comme les autres secteurs de la santé et du social, est en très grande difficulté. Depuis près de trois ans, nos dotations ne sont plus à la hauteur de nos besoins ni de l'inflation. L'addictologie était jusqu'ici un peu préservée, parce que c'est un petit secteur dans le champ de la santé et du médico-social, mais ce n'est plus le cas.

MG : Même aujourd'hui avec la santé mentale comme grande cause nationale ?

GW : Je ne sais pas qui a eu de l'argent, mais nous le cherchons encore.

Nous sommes très dépendants des politiques publiques et, comme dans beaucoup d'autres secteurs en France, l'inflation n'a pas été compensée. Nous devons parfois faire des choix sur les projets que nous portons, sur le remplacement des postes en cas de départ, sur les investissements. Il faut composer avec ces contraintes du mieux possible, avec les moyens dont nous disposons, sans mettre en difficulté les usagers ni les collègues.

MG : Ithaque a également été précurseur au niveau de la création des microstructures. En quoi cela consiste-t-il ?

GW : Nous avons créé les microstructures en 1999. L'initiative est née en Alsace, puis s'est étendue à d'autres régions : on compte aujourd'hui 125 microstructures en France. Il s'agit d'une équipe composée d'un psychologue et d'un travailleur social qui interviennent dans les cabinets de médecins de ville. À l'origine, ce dispositif était surtout destiné aux médecins isolés, démunis face à certains patients en situation d'addiction : il s'agissait de les accompagner au sein même du cabinet et de décharger le médecin.

Il a ensuite fait l'objet d'une expérimentation dans le cadre de l'article 51 du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) (Equip'Addict). L'évaluation a montré des résultats positifs, et nous discutons actuellement avec la Sécurité sociale de son entrée dans le droit commun, dans le cadre de la création d'un parcours coordonné renforcé en addictologie.

Le problème est que la Sécurité sociale souhaite instaurer un paiement à l'acte, alors que, depuis la création des microstructures, les professionnels sont salariés. Si personne ne vient à la permanence ou si un professionnel est en congé, il n'y a pas d'acte produit, donc pas de rémunération. Ce n'est pas viable économiquement pour les structures porteuses et cela décourage de nouveaux projets : ce serait une course à l'acte.

Ce dispositif souple fonctionne bien depuis 1999. On passerait d'un système très simple, accepté par les médecins, à une organisation complexe.

MG : Merci pour cette interview. Pour finir, est-ce que vous auriez un conseil ou un mot à destination des futurs médecins de santé publique ?

GW : La première chose à faire est d'aller rencontrer les acteurs de terrain, de voir comment ils travaillent et comment fonctionnent les dispositifs. Ensuite, il faut faire confiance aux porteurs de projets et tenir compte de leur expérience et de leur expertise.

Nous avons porté énormément de projets qui ont prouvé leur utilité et qui fonctionnent. Nous ne sommes pas là pour faire n'importe quoi ni pour dépenser de l'argent inutilement : chaque projet est pensé pour, à terme, produire des économies en santé. Plus tôt nous parvenons à accompagner les personnes, moins cela coûtera au bout du compte.

MG : Merci beaucoup pour cette interview.

QUELQUES RECOMMANDATIONS :

Documentaire



À moindre risque

En matière de lutte contre les addictions aux drogues illicites, le tout-répressif n'a cessé de maintenir les marginalités dans les marges, au détriment de la santé et de la sécurité publique, mais aussi de la dignité humaine.

Au terme de 30 ans de débats entre pouvoirs publics et associations militantes, les deux premiers centres d'accueil français autorisant l'injection de drogues ouvrent à Paris et à Strasbourg à l'automne 2016 : les salles de consommation à moindre risque, tristement affublées du nom de « salles de shoot ».

Références :

[1]Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions"» https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000045207066/2026-10-07&sa=D&source=docs&ust=1791448434682170&usg=AOvVaw2fvkqNJ979ousV12liZ0i-

[2]Salles de consommation à moindre risque : rapport scientifique de l'Inserm – Mai 2021 https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021

[3]Opinions et représentations des français sur les drogues : Rapport de l'OFDT de 2023 https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2025-08/rapport-eropp-opinions-2023.pdf , p25

[4]Rapport Igas / IGA d'évaluation des HSA - 2024 https://igas.gouv.fr/les-haltes-soins-addictions-hsa-un-dispositif-experimente-depuis-2016-pour-reduire-les-nuisances-liees-la-consommation-de-stupefiants-dans-lespace-public

[5]Synthèse OFDT 2021 - Dépénalisation des drogues au Portugal : bilan 20 ans après https://ww.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3399-doc_num-explnum_id-32021-.pdf

[6]Il existe depuis 2020 un dispositif de soutien aux actions régionales de lutte contre les addictions qui s'inscrit dans la continuité des appels à projets régionaux lancés par les agences régionales de santé (ARS) en 2018 et 2019. Arrêté du 29 mai 2026 fixant la liste des bénéficiaires et des montants alloués par le fonds de lutte contre les addictions au titre de l'année 2026 https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054190991
https://www.fonds-addictions.ameli.fr/projets

LA PAIR-AIDANCE : L'ADDICTOLOGIE AU PLUS PRÈS DU PATIENT

Emmanuel Urbu
Pair-Aidant au DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination) de Loire-Atlantique
Auteur de "Consultation" et "S'apprivoiser"

Maureen Gélébart : **Est-ce que vous pourriez déjà commencer par présenter un peu votre parcours professionnel et ce qui vous a mené à la pair-aidance ?**



Emmanuel Urbu Mon parcours se résume au niveau de ma formation à 25 ans de troubles bipolaires et 35 ans d'addiction alcoolique. C'est ça qui me permet d'être pair-aidant, mes savoirs expérientiels auxquels il faut ajouter un DU.



En termes professionnels, je suis arrivé à la pair-aidance après avoir écrit un livre appelé « Consultation ». J'y décris la consultation que j'aurais rêvé d'avoir il y a 25 ans quand j'ai été diagnostiqué de mes troubles bipolaires. C'était à l'origine une lettre pour mon psychiatre. J'avais fait une cure alcoologique et deux ans après j'ai eu envie d'écrire à mon psychiatre « merci beaucoup de m'avoir accompagné jusque-là, mais dans le fond vous n'y êtes pas pour grand-chose ». Évidemment on ne peut pas écrire ça à son psychiatre surtout que j'en avais encore besoin et que je m'entendais très bien avec lui, mais il y avait quelque chose de vrai, c'est-à-dire que son accompagnement n'était pas suffisant.

Ce texte a fini par être publié et des connaissances puis des personnes des réseaux sociaux que je ne connaissais pas ont commencé à m'écrire, à m'appeler pour que je parle à leurs proches pour lesquels ils s'inquiétaient. C'est en 2021 que j'ai commencé à faire de la pair-aidance "sauvage". Je ne savais pas vraiment ce que je faisais. J'écoutais, surtout, ces personnes parce qu'elles avaient envie de parler à quelqu'un qui pouvait les comprendre et puis je leur racontais ce que j'avais fait pour aller mieux. En 6 mois, j'ai été un peu débordé de demandes, cela prenait de plus en plus de place dans ma vie. J'ai alors commencé à me renseigner et j'ai voulu devenir médiateur de santé-pair et faire la licence MSP de Bobigny.

Je n'ai pas pu car il fallait un employeur. Je n'en avais pas et je n'en avais pas besoin puisque les gens venaient à moi d'eux-même. À l'époque, je ne souhaitais pas être salarié. J'ai alors fait le DU "Partenariat Patients-Professionnels en Santé" de Nantes.

MG : Comment définiriez-vous la pair-aidance ?

EU : La pair-aidance, c'est utiliser ses savoirs expérientiels pour d'abord écouter. On a un avantage à ce niveau-là sur les soignants, c'est qu'on est passé par là et que l'autre personne le sent à la façon d'écouter, d'opiner sur les mots, au vocabulaire utilisé dans les réponses. C'est beaucoup de ressentis.

Après l'écoute, on informe. En tant que patient, on a passé beaucoup de temps à débroussailler le système de santé. Par exemple, les différents types de psy. Quand on n'y a jamais été confronté, on n'a aucune idée de la différence entre un psychiatre, un psychologue, un psychothérapeute, ainsi que des différentes écoles de psychothérapie.

On fait des retours sur nos savoirs expérientiels mais finalement plus j'avance en expérience, plus j'apprends à me taire. Au début, on peut avoir tendance à vouloir sauver la personne, lui donner des conseils. En fait, il faut surtout écouter et au moment où on sent que la personne est prête, lui faire des suggestions.

Enfin, le plus important je pense, est de donner de l'espoir. Cela, on le fait rien qu'en étant à côté de la personne. L'espoir est le carburant du changement. Je suis plusieurs hommes entre 60 et 70 ans avec de gros passés alcooliques pour lesquels on se demande même combien de temps ils vont vivre. Mais c'est incroyable, à me fréquenter, ils se disent « je vais peut-être réessayer », alors qu'ils ont parfois déjà fait 15 cures. C'est aussi important dans le positionnement qu'on a. Je fais attention, dans la mesure de ce que je peux, à être souriant, à être en forme. Je trouve cela important vis-à-vis de ces personnes pour leur donner l'espoir et qu'ils puissent s'imaginer pouvoir eux aussi aller mieux.

MG : Est ce qu'il y a besoin d'une formation pour être pair-aidant ?

EU : Il n'y a pas forcément besoin de formation mais c'est à confronter avec les nouvelles recommandations de la HAS qui vont sortir bientôt à ce sujet. Cependant, si on travaille pour un service, une structure, il est fortement conseillé voire nécessaire de se former.

Le problème est qu'aujourd'hui la plupart des formations nécessitent le bac pour y entrer. Hors il y a des gens qui ont des savoirs expérientiels que personne d'autre n'a et qui n'ont pas le bac. Selon moi, ce n'est pas dans la formation en elle-même qu'on trouve des techniques pour écouter et parler de soi. C'est vraiment en le faisant qu'on apprend. On est qui on est, avec nos savoirs expérientiels. Ce sont ces savoirs-là ajoutés au recul qu'on a sur soi et sur tout le chemin qu'on a fait pour se rétablir seul et avec nos proches, parfois malgré eux, qui font la compétence d'un pair-aidant.

Ce que je trouve le plus important dans l'activité, c'est d'avoir une supervision et même une intervision. Par exemple, actuellement, j'ai une supervision de mon ancien addictologue, mais j'ai aussi une intervision avec une personne qui fait la même chose que moi.

Si nous avons des difficultés sur certains accompagnements, on voit très vite entre nous ce qui pose problème. Beaucoup est de l'ordre du ressenti et non du théorique.

MG : Aujourd'hui où exercez-vous votre profession de pair-aidant ? Quelles sont vos missions, votre rôle ?

EU : J'exerce au DAC de Loire Atlantique (Dispositif d'Appui à la Coordination) qui est un dispositif d'appui aux professionnels du social, médico-social et sanitaire.

Pour schématiser, lorsque sur un département, un médecin-traitant est bloqué avec une patiente qui habite chez elle et qui a un parcours de santé complexe, il peut saisir le DAC. La saisine peut aussi provenir du social ou du médico-social.

Le DAC peut orienter mais lorsque la situation est trop complexe, une coordinatrice va voir la personne chez elle. C'est assez spécial puisque la personne ne l'a pas sollicité. Souvent, ce sont des gens qui sont tellement mal en point qu'ils finiraient aux urgences, à la rue ou mourraient dans l'année si on n'intervenait pas.

Dans les problématiques qu'ils ont, il y a entre autres des troubles psy et souvent des problèmes d'addiction. Lorsque la coordinatrice pense que je serais utile, je vais rencontrer la personne. Il se tisse une sorte de relation de soutien, d'écoute et comme je le disais au début de retour de savoirs expérientiels. Pour ce qui me concerne, c'est donc surtout des situations où l'addiction est au centre de la problématique.

Par ailleurs, j'ai aussi une mission de développement de la pair-aidance dans le département et dans les autres DAC.

MG : Comment s'organise le suivi de ces personnes ? Comment est composée l'équipe ? Avec qui travaillez-vous au quotidien ?

EU : On est toujours un binôme avec une coordinatrice. Les coordinatrices sont d'anciennes infirmières, psychologues, éducatrices spécialisées ou assistantes sociales. La première fois, on peut voir la personne ensemble, mais ensuite, je vais toujours aller voir la personne seul. Quand je finis un entretien, je demande à la personne si je peux répéter ce qu'elle m'a dit à la coordinatrice et à l'équipe. Elles acceptent la plupart du temps.

MG : Comment faîtes-vous lorsqu'ils refusent ?

EU : Quand ils refusent, j'ai ma déontologie. Je travaille à leur service, donc je les informe que je ne dirais rien de ce qui s'est dit au niveau intime mais que je partagerais à l'équipe mon ressenti ou ce qui me paraît important pour la coordination de leur projet de santé. À ce niveau-là, ils me font toujours confiance.

MG : Est-ce qu'il y a des choses qui vous posent question dans votre pratique ? Est-ce qu'il y a des difficultés ? Ou est-ce qu'à l'inverse, vous sentez que ça vous apporte des choses à titre personnel ?

EU : Il y a plusieurs sujets là-dedans, il y a le niveau personnel, vis-à-vis de mon rétablissement, de moi et la maladie, de moi et de l'alcool. Sur les troubles psy, au début, quand j'avais des gens en montée maniaque devant moi, c'était très dur.

Ce sont des montées qui souvent vous emmènent vers des désastres dans votre vie. On a envie d'arrêter la personne, sauf qu'on ne peut pas. On a souvent, je pense, dans n'importe quelle pathologie, des points de fragilité qui ont été plus durs pour nous, soit pendant la maladie, soit pendant le rétablissement. Cela crée des effets miroirs qui sont très difficiles à vivre. Aujourd'hui, je commence, au bout de cinq ans, à avoir un peu d'expérience. Je l'ai réalisé la dernière fois qu'une coordinatrice voulait que j'aille voir quelqu'un qui était en montée maniaque. J'ai pu dire que j'irai la voir mais pas avant 15 jours quand mon agenda sera plus léger. Trois ans auparavant, j'y serais allé tout de suite et je me serais fait mal. Je ne sais pas encore si on souffre moins, je pense qu'on prend de plus en plus de distance.

Aujourd'hui, sur l'alcool et l'addiction en général, j'ai plus de recul, de distances qu'avec les troubles bipolaires. Lors de l'accompagnement, si des patients sont alcoolisés devant moi, cela ne me touche pas.

Après, ce qui me met un peu en difficulté, c'est que cela demande énormément de patience. En tant que pair-aidant, la relation est différente de celle qu'ils ont avec un soignant. Elles me considèrent comme l'un des leurs, comme un ami parfois. Elles se répètent parfois beaucoup et contrairement à un médecin je ne peux pas simplement dire que c'est la fin du rendez-vous. Je suis là pour les écouter. C'est souvent là, quand on se dit que cela ne sert à rien que c'est le plus utile. Cette demi-heure supplémentaire permet de renforcer la confiance qu'elles nous accordent. Et alors, la prochaine fois, ça sera différent.

Dans ce métier, je rencontre des personnes avec des situations complexes tel qu'un état de santé très dégradé ou un syndrome de Korsakoff. Dans ces situations, il m'est arrivé de me demander si mon temps et mon énergie ne seraient pas plus utiles pour des personnes plus jeunes avec une possibilité d'évolution. J'ai pu en discuter avec des collègues du milieu médical qui m'ont dit avoir eux aussi ces questionnements-là. Cela est difficile même s'il faut accepter qu'on ne peut pas sauver tout le monde. Je ne pensais pas un jour avoir ce genre de questionnements éthiques.

MG : En ce qui concerne votre relation avec les autres professionnels de santé, comment cela se passe-t-il ?

EU : Nos approches sont très complémentaires. Là où je travaille actuellement, ce sont le directeur et une médecin qui sont venus me chercher parce qu'ils voulaient lancer cette idée de partenariat avec les patients. Ils avaient donc dès le départ un degré de confiance très élevé dans le projet et ce que je pouvais apporter. Je m'entends très bien avec cette médecin qui a une ouverture extraordinaire. Elle est convaincue.

Pour ce qui est des coordinatrices, j'ai remarqué que c'est celles qui avaient le plus d'expérience qui sont venues le plus facilement à moi. Elles se sont rendues compte assez vite que je pourrais leur être utile dans la relation avec les personnes. Elles ont assez confiance en elles pour ne pas se sentir jugées. Évidemment, à des moments, je n'ai pas le même avis, parce que j'ai l'avis d'un patient mais ce qui est intéressant, justement, c'est de le confronter. Les plus jeunes coordinatrices ont eu plus de mal à venir vers moi pour me confier des situations comme si elles avaient peur que je juge leur relation avec la personne. Mais aujourd'hui, en un an et demi, j'ai été adopté et je fais partie de l'équipe à part entière. Ça, c'est assez rare d'après les autres témoignages de pair-aidant que j'ai pu avoir. Maintenant, si je ne suis pas là dans certaines réunions internes, elles disent « ah mais non, il faut qu'Emmanuel soit dans la réunion. » C'est une vraie victoire. En psychiatrie, au début, les infirmiers psy ont eu peur que les pairs-aidants prennent un peu leur rôle alors que c'est un autre métier. Le premier travail à faire dans les services où l'on intègre des patients-partenaires est de casser les représentations qu'ont les professionnels envers les anciens patients devenus pair-aidants et vice-versa.

Il y a aussi le problème de la confidentialité des informations. Est-ce que le pair-aidant a le droit de savoir ce qu'il y a dans le dossier médical ? Dans mon cas, j'ai très vite eu accès à toutes les infos mais je sais que pour certains pair-aidants c'est une difficulté. De plus, les personnes avec qui je travaille se sont rendues compte que les patients me confient souvent des choses qu'elles ne disent pas à leur médecin traitant. Parfois ces choses peuvent être très utiles à leur soin. Il y a le secret médical mais il y aussi le secret de ce que les personnes ont envie de dire ou non.

MG : Quel regard portez-vous sur le soin addictologique et psychiatrique, aujourd'hui avec votre expérience de pair-aidant ?

EU : Je pense qu'il n'y a pas "le" soin, il y a les soins, et cela dépend des endroits. Par exemple, à Nantes, il y a deux grosses associations derrière les CSAPA et les accueils de jour, une est à fond avec la pair-aidance et l'autre pas du tout.

Ce que je vois, c'est que comme dans le reste du monde occidental, le soin est touché par le virus du manque de temps. **La pair-aidance, ça peut amener le soin à prendre son temps**. En tant que pair-aidant je n'ai pas le choix parce que quand j'arrive devant la personne, je ne veux rien d'elle. Je ne veux même pas qu'elle arrête de boire. Je suis là pour prendre le temps avec elle. Je peux apporter ce temps que n'ont pas les addictologues, les psychiatres d'autant plus qu'ils ne sont pas assez nombreux.

MG : Selon vous, quel regard porte la société sur la consommation de substances psychoactives et comment est-ce qu'il faudrait le faire évoluer ?

EU : Je pense qu'il y a deux réalités. A la fois, certains jeunes ne boivent plus, ne prennent pas de drogue et d'autres sont peut-être plus nombreux à vouloir essayer.

C'est à la fois démocratisé par certaines personnes et très stigmatisé par d'autres. Les deux peuvent cohabiter.

MG : Comment peut-on parler d'addiction à l'alcool, etc., sans pour autant moraliser ou stigmatiser les personnes qui souffrent d'addiction ?

EU : Je pense surtout que notre gros problème est qu'on est un pays producteur. Rien que par rapport aux violences faites aux femmes, si on avait une politique beaucoup plus dure au sujet de l'alcool, on éviterait une partie des problèmes. Et pourtant, dans tous les travaux qui ont été faits récemment, on ne traite pas du sujet de l'alcool et de la violence en même temps. C'est ahurissant.

On a un État qui protège ses viticulteurs et donc qui ne va rien faire contre la consommation. Il est bloqué entre son ministère de l'Agriculture et son ministère de la Santé.

Il y a quand même une évolution dans la société. La première fois que j'ai essayé d'arrêter de boire, il y a 15 ans, quand je prenais un Perrier dans un bar, on se moquait de moi, on voulait absolument me payer un verre. Aujourd'hui, lorsque je bois un Perrier, les mêmes types de personnes me regardent avec un autre œil quasi admiratif. Celui qui a réussi à arrêter, ce n'est plus un pauvre mec qui n'a rien compris à la vie parce qu'il ne boit pas. C'est un type qui a fait un truc très dur à qui ont dit bravo.

MG : Nous arrivons à la fin de cette interview, merci. Est-ce qu'il y a une dernière chose que vous souhaiteriez ajouter ?

EU : J'espère que la pair-aidance va vraiment se développer. Le meilleur argument que j'ai aujourd'hui, c'est que c'est un soutien évidemment pour les patients, mais aussi pour les professionnels. Ils ne le savent pas avant de collaborer avec un pair-aidant. Toutes les professionnelles avec qui je travaille me disent que lorsqu'elles partagent une situation avec moi, celle-ci devient moins lourde à porter.

QUELQUES RECOMMANDATIONS :

Sortir de l'addiction

Gabriel Raskinet

Un podcast pour comprendre l'addiction, réduire les risques et avancer vers le rétablissement. Découvre des témoignages longs formats, avec des personnes concernées qui racontent leur parcours sans tabous.

Podcast



Podcast



Lu.

Oriane Bismuth

Stratégiste en santé publique

Quand la poésie se mêle de la santé.

VALORISATION DE TRAVAUX D'INTERNES



Sandy

Interne de 4ème semestre en santé publique,
actuellement à la Direction de la santé publique de la Ville de Paris.

La pilule sans ordonnance : et si on repensait l'accès à la contraception ?

Pendant mon stage à la Ville de Paris, j'ai travaillé sur plusieurs projets autour de la santé sexuelle.

Parmi eux, il y en a un que je trouve particulièrement intéressant, et qui mérite d'être présenté. Il part d'une question assez simple : **est-ce qu'on pourrait, en France, avoir accès à une pilule contraceptive progestative sans devoir passer par une prescription médicale ?**

Aujourd'hui, les pilules contraceptives restent soumises à prescription médicale. Les pharmaciens et les infirmiers peuvent déjà, sous certaines conditions, prolonger une ordonnance existante, mais **obtenir ou renouveler une ordonnance** peut encore être une contrainte : délais pour avoir un rendez-vous, difficulté à trouver un professionnel, éloignement géographique… ou simplement cette « obligation » de consulter pour une contraception qu'on connaît déjà et qu'on tolère bien.

À la DSP, nous réfléchissons donc à un **protocole pour faciliter l'accès à la contraception**, avec notamment l'idée de rendre une pilule progestative accessible sans prescription médicale.

Mais « sans ordonnance », ça veut dire quoi ? C'est là que ça se complique un peu. Et que ça devient intéressant !

En fait, **il n'existe pas un seul modèle de pilule « sans ordonnance ».**

Au **Royaume-Uni**, certaines pilules progestatives sont accessibles sans prescription, mais le pharmacien les délivre après quelques vérifications.

Aux **États-Unis**, Opill est disponible directement, sans entretien obligatoire avec un professionnel.

Entre les deux, il existe tout un éventail de possibilités : renouvellement facilité, consultation en pharmacie avec un protocole précis, voire prescription directement par le pharmacien.

Une première revue de la littérature avait déjà permis d'étudier la sécurité et l'acceptabilité de ces dispositifs. Les pilules progestatives présentent peu de contre-indications et l'idée d'un accès facilité suscite un réel intérêt. Mais plusieurs questions reviennent : comment bien informer les personnes ? Comment garantir la confidentialité ? Et comment éviter que cet accès simplifié éloigne du suivi médical lorsqu'il reste nécessaire ?

Mon travail à moi, maintenant, c'est surtout de comprendre **comment ça se passe concrètement là où ça existe déjà.**

Qui peut initier la contraception ? Qu'est-ce qu'on vérifie avant de délivrer la pilule ? Faut-il former spécifiquement les pharmaciens ? Combien de mois peut-on délivrer ? Quand faut-il orienter vers un médecin ? Qui paye ? Et qu'est-ce qu'on garde comme trace ?

En comparant les pays, on voit peu à peu apparaître plusieurs niveaux : **accès direct / délivrance directe par le pharmacien / service protocolisé / prescription par le pharmacien.**

Finalement, la question n'est donc plus seulement **« ordonnance ou pas ordonnance ? ».** Elle devient plutôt : **de quelle intervention d'un professionnel a-t-on réellement besoin pour permettre un accès à la pilule progestative qui soit simple, sûr et équitable ?**

La suite du projet sera, à partir de ces expériences étrangères, d'imaginer plusieurs scénarios applicables en France, puis d'identifier leurs freins, leurs facilitateurs et les moyens nécessaires.

Et c'est aussi pour ça que j'aime beaucoup ce projet. On part d'une question très concrète, presque banale — une pilule et une ordonnance — et on finit par parler **organisation des soins, réglementation, inégalités de santé, politiques publiques et autonomie des personnes.**



Résumé de thèse d'excercice réalisée dans le cadre d'un stage au sein de la Structure régionale d'appui et d'expertise (SRAE) Addictologie des Pays de la Loire

Regards croisés sur l'acceptabilité des Microstructures médicales addictions en Pays de la Loire : Étude qualitative dans la perspective de la généralisation de l'expérimentation Article 51 "Equip'Addict"

Introduction

Les Microstructures médicale addictions (MSMA) proposent un accompagnement interprofessionnel associant médecin généraliste, professionnel·les du travail social et psychologue au sein des cabinets de médecine générale, dans l'objectif d'améliorer les parcours de soins en addictologie. Dans une perspective de généralisation d'une expérimentation Article 51, cette étude qualitative a été conduite en Pays de la Loire, territoire non-expérimentateur, afin d'identifier les conditions de mise en œuvre et d'appropriation de ce modèle.

Matériel

Quatre entretiens collectifs focalisés et six entretiens individuels ont été réalisés auprès de trente-trois professionnel·les des soins primaires, du secteur médico-social et des instances de gouvernance territoriale de santé.

Objectif

Cette étude avait pour objectif d'identifier les conditions d'acceptabilité et de mise en œuvre des MSMA, en analysant les représentations et les pratiques des professionnel·les.

Résultats

En effet, les MSMA présentent un fort potentiel pour contribuer à améliorer d'intégration des services sanitaire et médico-social autour des conduites addictives et ainsi l'accès aux soins des populations en situation de vulnérabilité, à condition d'être conçu comme un outil structurant de l'articulation des pratiques professionnel·les.

Conclusion

Dans un système de santé marqué par une forte complexité organisationnelle et des tensions croissantes, les MSMA peuvent contribuer à renforcer la continuité des parcours et à réduire les ruptures de prise en charge, en particulier pour les patient·es en situation de précarité. Leur efficacité repose sur plusieurs conditions clés : un pilotage régional lisible, une co-construction avec les professionnel·les, une structuration des pratiques interprofessionnelles et une articulation étroite avec les dispositifs existants. Toutefois, leur déploiement s'inscrit dans un contexte d'instabilité des innovations organisationnelles, ce qui souligne la nécessité d'un soutien institutionnel fort et durable et d'une évaluation rigoureuse de leurs effets sur les trajectoires de soins. Ainsi, l'enjeu de leur déploiement en Pays de la Loire réside moins dans l'implémentation d'un nouveau dispositif que dans la capacité à articuler et rendre lisible l'existant. À ce titre, les MSMA apparaissent comme un outil pertinent de transformation du système de santé.

EURONET MRPH

Le réseau européen des internes de santé publique.

Pourquoi s'y intéresser ? Parce que l'Europe n'est jamais très loin de notre internat : projets de recherche ou de surveillance, politiques de santé, santé environnementale, institutions européennes... autant de sujets que l'on peut rencontrer au cours de nos stages.

EuroNet permet de découvrir comment la santé publique se pratique ailleurs, de rencontrer des internes européens et d'ouvrir le champ des possibles : collaborations, mobilité, stages ou encore opportunités à Bruxelles pour celles et ceux attirés par les enjeux européens.

Nouveau projet : What's in My Day?

L'idée : toutes les deux semaines, découvrir le quotidien d'un interne de santé publique dans un pays européen différent, à travers de courtes vidéos partagées sur Instagram.

Pour faire vivre le projet, 3 référents par pays solliciteront les internes, récupéreront leurs vidéos et participeront à leur diffusion.

Un moyen simple de mettre des visages sur EuroNet, découvrir d'autres façons de faire de la santé publique... et peut-être donner envie d'aller voir ailleurs !



EURONETMRPHIG

COLLÈGE DE LIAISON DES INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE

avec le soutien de : Santé publique France

MEMBRES DU COLLÈGE DU CLISP 2026 / 2027

BUREAU DU CLISP

Louise HARDELIN - Présidente
presidence@clisp.fr

Benjamin EURIN - Vice-président
presidence@clisp.fr

Elena VERLAY - Sécrétaire générale
contact@clisp.fr

Aymeric CADIC - Trésorier
tresorier@clisp.fr

Anastassia GASQUET
Vice-secrétaire chargée de l'évènementiel
evenement@clisp.fr

Pierre GARNERET*
Vice-secrétaire délégué aux affaires nationales
affaires.nationales@clisp.fr

Thomas LENOIR
Chargé de coordination avec les représentants des subdivisions
coordination@clisp.fr

Juliette CONDÉ - Webmaster
webmaster@clisp.fr

Maëlle BOURQUARD*
Chargée de communication
communication@clisp.fr

Irène VALAY & Maureen GÉLÉBART
Rédactrices en chef du bulletin
bulletin@clisp.fr

Capucine AERTS
Chargée de relation EuroNet MRPH
euronet@clisp.fr

Baptiste VOYER
Chargé de mission Actualités
actualites@clisp.fr

Astrid KEROUEDAN & Arthur DE SURMONT
Chargés de mission Attractivité
attractivite@clisp.fr

REPRÉSENTANTS DES INTERRÉGIONS

Île-de-France
Paris **Estelle LEPERRIER**

Nord-Est
Besançon **Anaïs VENTARD**
Dijon **Eymeric FOUILHÉ**
Reims **Benjamin EURIN**
Strasbourg **Manon LOMBARD**

Nord-Ouest
Lille **Victor GUÉROUT**

Ouest
Angers **Aymeric CADIC**
Brest **Caroline CLABECQ**
Nantes **Irène VALAY**
Rennes **Auréline JAMOIS**
Tours **Arthur DE SURMONT**

Rhônes-Alpes et Auvergne
Grenoble **Christos TSAMASIOTIS**
Lyon **Manon GERVAIS**
Saint-Étienne **Bénédicte BREBION**

Sud-Ouest
Bordeaux **Louise HARDELIN**

Sud
Marseille **Pierre GARNERET**

Pour tout contact avec les représentants d'interrégions :
coordination@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
bulletin@clisp.fr
* Sous réserve du vote extemporané

#57 - Octobre 2026 -