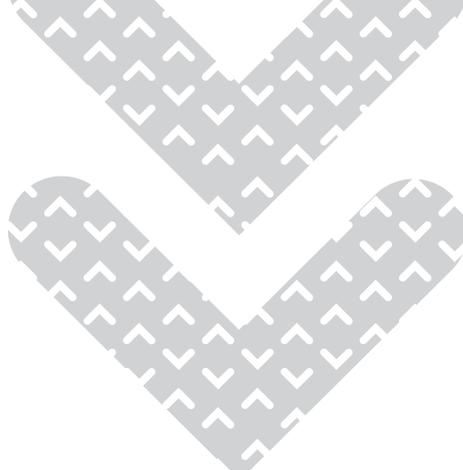


^
PÔLE fédératif de recherche et de formation
en **SANTÉ PUBLIQUE**
v
Bourgogne-Franche-Comté

ACTES DU SÉMINAIRE
INAUGURAL ET RÉSIDENTIEL

29 / 30 NOVEMBRE 2018 - BEAUNE



ACTES
DU SÉMINAIRE
INAUGURAL
ET RÉSIDENTIEL

29 / 30 NOVEMBRE 2018 - BEAUNE

PÔLE fédératif de recherche et de formation
en **SANTÉ PUBLIQUE**
Bourgogne-Franche-Comté

SOMMAIRE

PLÉNIÈRE DE LA MATINÉE DU JEUDI 29 NOVEMBRE 2018	5
Ouverture	7
Genèse et mise en place du Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne-Franche-Comté	10
Recherche et formation en santé publique : la vision des universitaires de santé publique en région	14
Recherche en santé publique : quelle place pour les sciences humaines et sociales ?	16
Collaborations entre chercheurs, décideurs et acteurs de santé publique : l'expérience et les perspectives du canton de Vaud	20
Recherche interventionnelle : de la production au transfert d'une connaissance à partager	22
Table ronde avec les représentants des promoteurs du Pôle.....	30
ATELIERS	35
Atelier recherche et santé-environnement	36
Atelier recherche sur les services et l'offre de santé	44
Atelier formation initiale en santé publique	60
PLÉNIÈRE DE L'APRÈS-MIDI DU VENDREDI 30 NOVEMBRE 2018	75
Regard de l'ARS de Normandie sur le projet de Bourgogne-Franche-Comté : similitudes et différences	76
Synthèse par le Grand témoin	79
Clôture	86
ANNEXES	89



PLÉNIÈRE DE LA MATINÉE

DU JEUDI 29 NOVEMBRE 2018



Ouverture

François BAUDIER

Chargé de mission, Agence régionale de santé et Université Bourgogne – Franche-Comté

Je tiens à vous remercier très chaleureusement d'avoir répondu positivement à notre invitation et d'avoir consacré, dans votre emploi du temps particulièrement chargé, deux jours à ce Pôle.

Je cède immédiatement la parole aux deux personnes qui vont faire l'ouverture de ce séminaire inaugural et résidentiel du Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne – Franche-Comté.

Cédric DUBOUDIN

*Directeur de la Direction de l'innovation et de la stratégie,
Agence régionale de santé (ARS) Bourgogne – Franche-Comté (BFC)*

Mesdames et Messieurs, je vous prie de bien vouloir excuser Pierre Pribile, Directeur général de l'ARS BFC, qui devait introduire ce séminaire et que j'ai l'honneur de représenter.

En notre nom à tous les deux, je suis très heureux de vous accueillir aujourd'hui pour ce séminaire inaugural du Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique de la région Bourgogne – Franche-Comté. Ce Pôle est porté par sept partenaires, le Conseil régional Bourgogne – Franche-Comté, la Communauté d'universités et d'établissements (COMUE), les deux Universités, les deux Centres hospitaliers universitaires (CHU) de notre région ainsi que par l'ARS.

Pour arriver à ce jour, deux ans de travaux préparatoires ont été nécessaires et ce fut donc un long chemin.

Je tiens en premier lieu à remercier Claude Michaud et François Baudier pour l'engagement et l'énergie qu'ils ont consacrés à ce projet, ainsi que tous les partenaires qui ont contribué à cette aventure. Je laisserai d'ailleurs à Claude et à François le soin de la rappeler brièvement ultérieurement.

Je souhaite par ce propos introductif rappeler et revenir sur le pourquoi de ce Pôle, à savoir l'enjeu et la place de l'innovation dans la nécessaire transformation de notre système de santé.

En effet, innover et transformer le système de santé constitue un des quatre objectifs de la Stratégie nationale de santé¹, qui a été présentée par la Ministre des Solidarités et de la Santé en décembre 2017, en prémices du plan « Ma Santé 2022 »² exposé en septembre 2018 par le président de la République.

Au niveau régional, le Projet régional de santé³ a été arrêté en juillet 2018, construit à la fois en parallèle et en synergie avec les deux démarches nationales et avec l'ensemble des partenaires et des acteurs de santé sociale de la région. Il vient décliner une politique nationale et la compléter sur notre région, de manière opérationnelle.

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. *La stratégie Nationale de Santé 2018-2022*. DICOM : 2017. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

2. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Ma Santé 2022*. DICOM : 2018. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>

3. ARS BFC. *Projet Régional de Santé 2018-2028*. ARS BFC : 2018. En ligne : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/prs-2018-2028-0>

Il existe plusieurs points communs entre ces documents. Le premier étant l'impérieuse nécessité de la transformation de notre système de santé, et ce pour trois raisons principales :

- réduire des inégalités de santé et accroître la qualité et la pertinence des soins ;
- faire face à la baisse de la densité médicale ;
- répondre à l'enjeu du vieillissement de la population et à l'explosion des pathologies chroniques.

Deuxièmement, l'innovation est le moteur incontournable de cette transformation. Il s'agit de l'innovation thérapeutique, numérique et technologique, mais aussi organisationnelle. Cette volonté d'innovation n'est pas feinte et l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2018⁴ le démontre. Cet article permet de déroger à la fois aux règles de financement et aux organisations actuelles pour expérimenter des logiques nouvelles de prise en charge des patients, dans un but d'amélioration des parcours et d'amélioration de la coordination entre les acteurs.

Il se trouve que la Bourgogne – Franche-Comté est à l'origine de la première expérimentation article 51 labellisée en France. D'autres expérimentations dans notre région vont suivre dans les mois à venir. Cet article 51 fera l'objet de différents échanges dans les ateliers au cours de ce séminaire.

Néanmoins, il ne peut y avoir d'innovation sans recherche. Le développement de la prévention, la médecine de précision, l'évolution des pratiques professionnelles et des organisations nécessaires au virage ambulatoire, l'amélioration de la pertinence des soins et la qualité, et enfin le virage inclusif ne se feront pas sans une recherche théorique, une recherche appliquée et une recherche interventionnelle.

Il ne pourra pas non plus y avoir de transformation sans formation, qu'elle soit continue ou initiale, pour appuyer les changements des pratiques et des technologies. C'est d'ailleurs le troisième objectif de « Ma Santé 2022 » : adapter les métiers et les formations aux enjeux de la santé de demain.

Là non plus, cette volonté n'est pas feinte. Le Service sanitaire en est l'illustration, parce qu'il œuvre clairement dans le sens de pratiques pluriprofessionnelles sur les territoires et va constituer un levier puissant pour le développement de la prévention.

Enfin, il affiche clairement comme objectif la réduction des inégalités de santé.

Vous l'avez compris, notre Pôle doit être un lieu d'interfaces entre la recherche, la formation, les politiques publiques et l'intervention, au service de la transformation de notre système de santé, dans toutes ses dimensions. Et il doit se distinguer par rapport à d'autres structures, d'autres institutions, par des objets de recherche et de formation tournés vers l'éclairage des politiques publiques et l'aide à la décision fondée sur des bases scientifiques.

Pour terminer, je tiens à vous remercier pour votre mobilisation. J'y vois l'importance que vous accordez à ce Pôle et peut-être un gage de sa future réussite.

Je souhaite que les échanges qui auront lieu lors de ces deux jours permettent de fixer la feuille de route de notre Pôle et d'avance, je vous en remercie.

Françoise TENENBAUM

Conseillère régionale déléguée à la santé,

Conseil régional de Bourgogne – Franche-Comté

Maire adjointe de Dijon, Conseillère déléguée de Dijon Métropole

Je suis heureuse de représenter Marie-Guite Dufay, présidente du Conseil régional Bourgogne – Franche-Comté. Je suis également heureuse d'être présente

4. DGOS. Expérimenter et innover pour mieux soigner. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article-51>

personnellement. C'est une réussite de voir cette salle comble pour le lancement de ce Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique.

Je voudrais remercier et féliciter François Baudier, Claude Michaud et leur équipe. Nous travaillons tous sur ce projet depuis plusieurs années. Il nous tient à cœur. C'est à la fois un *achievement* (une réussite), mais aussi un démarrage, car tous ensemble nous allons y mettre du contenu.

Je veux vous saluer tous, Monsieur le Doyen, Mesdames, Messieurs les Professeurs, les responsables d'institutions, les représentants de la Fédération des maisons de santé, de la DREAL (Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement), de l'ARS. Je suis très contente : votre présence indique clairement que vous entendez que chacun de vos domaines de compétence soit pleinement partie prenante de la santé publique ici travaillée et mise en valeur.

Je voudrais également remercier et saluer dans l'assistance Francine Chopard, conseillère régionale et pharmacienne de métier, ainsi que les services du Conseil Régional, et plus précisément Géraldine Harly, directrice des projets transversaux, Christelle Cordier, cheffe du service formations sanitaires et sociales et Adeline Bernier, chargée de mission projets transversaux et gestionnaire de projets santé.

Ce Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique fait partie intégrante de la Convention-cadre que nous avons signée avec l'ARS Bourgogne – Franche-Comté. Notre Région est la seule à avoir signé une Convention-cadre avec son ARS. Cela marque l'engagement de la Région dans la santé.

Au-delà de cette Convention-cadre, nous travaillons sur un Plan santé, qui sera présenté au vote des conseillers régionaux en juin 2019. Le Pôle s'y intégrera de manière concrète. Le Plan santé sera présenté à l'ARS et débattu au sein du groupe « Élus Santé » créé à la suite du débat, avec Pierre Pribile, directeur général de l'ARS, en plénière du Conseil régional le 10 mars 2018. Les élus de ce groupe de travail viennent de tous les départements de la région. La santé est, pour le Conseil régional, une thématique prioritaire transversale. Il s'agit pour nous de garantir l'accès à la santé en tous points du territoire... Cette approche regroupe l'ensemble des problématiques sociales, ou territoriales, et tend vers une nouvelle organisation du système de soins, de nouvelles pratiques en santé et des initiatives dans le domaine des formations. Les formations sanitaires et médico-sociales font partie des compétences du Conseil régional, en transversalité avec tous les acteurs du territoire. Nous devons également rechercher de nouvelles orientations et évaluer des pratiques innovantes dans les domaines de la prévention, des soins, de l'accompagnement médico-social et de l'environnement. Quoi de mieux que le Pôle fédératif pour évaluer ces nouvelles pratiques ?

Pour la première fois cette année, nous avons lancé des appels à projets, co-financés avec l'ARS.

Je tiens également à mentionner l'e-santé, les réseaux, mais aussi les outils qui sont une chance tant pour les professionnels que pour les citoyens mais les chercheurs devront fixer des limites à l'utilisation de ces outils et objets connectés en santé, afin de garantir le respect de l'éthique.

Je suis très heureuse d'être présente avec vous pour lancer ce séminaire.

François BAUDIER

Madame la Conseillère et Monsieur le Directeur, je vous remercie pour cette ouverture encourageante. Nous allons à présent évoquer, avec Claude Michaud, la genèse et la mise en place du Pôle.

Genèse et mise en place du Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne – Franche-Comté

Claude MICHAUD

*Chef du Département Projet régional de santé, Parcours et Démocratie en santé,
ARS Bourgogne – Franche-Comté*

Je vous remercie toutes et tous pour votre présence. Je remercie également le comité opérationnel que nous avons mis en place avec François Baudier il y a deux ans pour construire pas à pas ce Pôle. Ce comité est représentatif des sept structures porteuses. Je remercie enfin l'équipe restreinte, François Baudier, Lara Destaing et Marie Corneloup, qui a réussi l'exploit de construire en deux mois le séminaire auquel nous participons aujourd'hui.

Je voulais vous redire l'ambition initiale que portait l'ARS avec la création de ce Pôle. Il s'agissait de fédérer nos forces de recherche en région en développant des projets de recherche et de formation communs aux enseignants-chercheurs, aux décideurs dans le champ de la santé publique.

Il s'agissait ensuite de permettre la collaboration des différents acteurs, ceux du monde académique, de la décision en santé publique (ARS et Conseil régional) et ceux qui interviennent sur le terrain au plus près de la population.

Le but ultime de ce Pôle étant que nos concitoyens puissent profiter pleinement et le plus rapidement possible des avancées de la recherche et d'une plus grande qualité des pratiques professionnelles grâce à la formation.

Dans le champ de la recherche biomédicale, cette idée de collaboration et d'interdisciplinarité couplée avec une application rapide au bénéfice des malades se traduit par le concept de recherche translationnelle.

Dans le champ de la santé publique, cette même idée s'envisage à travers le concept de recherche interventionnelle (RISP). Initialement pensé comme une collaboration entre chercheurs et acteurs de terrain, il a progressivement intégré les décideurs. À visée opérationnelle, cette RISP tend à produire des connaissances utiles à l'action et à la décision. Elle est la « science des solutions » qui complète la « science des problèmes ».

Deux impulsions ont été données à la recherche interventionnelle. Elles ont été initialement portées à la connaissance de tous, en 2013, par Christine Ferron. Puis elle fut promue, en 2015, par la publication dans la Revue de Santé publique d'un article de François Alla⁵ et d'un rapport de Linda Cambon. Ensuite, le Ministère de la Santé a repris cette volonté de fédérer les acteurs, les chercheurs et les décideurs dans les Centres d'expertise et de recherche régionaux en santé publique (CERReSP) qui avaient les mêmes ambitions que le Pôle que nous portons aujourd'hui :

- la production de projets de recherche pluridisciplinaires ;
- la réponse, par l'expertise académique, à des demandes portées par les décideurs des politiques locales ou des acteurs de terrain.

Cette idée que nous portons aujourd'hui, certains l'ont conceptualisée, d'autres l'ont rêvée avant nous. Nous essayons de la mettre en place concrètement à l'aide de ce Pôle fédératif.

5. Alla F. Kivits J. La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé Publique*, 2015, 27(3) : 303-304

Nous ne sommes pas les seuls à avoir tenté d'imaginer ce concept, puisque l'ARS de Normandie viendra témoigner d'une expérience identique. Nos voisins suisses interviendront également pour présenter l'ambition du Pôle qu'ils portent.

Nous avons besoin, en Bourgogne – Franche-Comté, de chercheurs de santé publique et de sciences sociales et humaines qui étudient et explorent des pistes d'amélioration du système de santé, qui observent l'efficacité et l'efficience de ces nouveaux dispositifs.

Nous avons également besoin de décideurs, l'État, l'Assurance maladie, les collectivités territoriales, qui autorisent et accompagnent la mise en œuvre de ces expérimentations et de ces dispositifs.

Enfin, nous avons besoin d'acteurs, que ce soient des professionnels de santé ou du monde associatif, des patients/usagers/citoyens et élus qui participent à ces expérimentations d'organisations innovantes.

Le Pôle nous donnera l'occasion de mettre en mouvement ces perspectives prometteuses.

Je cède à présent la parole à François Baudier, missionné par l'ARS Bourgogne – Franche-Comté dès le mois de juin 2016, qui va vous retracer les différentes étapes de cette gestation, que nous sommes heureux de voir aboutir aujourd'hui. Il vous détaillera également le déroulement des ateliers.

Je le remercie pour l'inlassable travail exploratoire, préparatoire et opérationnel qu'il a conduit ces deux dernières années.

François BAUDIER

Je vais brièvement vous expliquer quelle a été la genèse de ce Pôle.

En 2016, le Directeur général de l'ARS, Christophe Lannelongue, m'a confié une mission exploratoire afin d'étudier la faisabilité et envisager les pistes de mise en œuvre d'un Pôle de santé publique. Dans le contexte de la nouvelle région, il s'agissait d'impulser une dynamique concertée et conjointe dans le domaine de la santé publique.

En collaboration avec Lara Destaing, nous avons rédigé un rapport conséquent, constitué de deux parties, la première exposant 20 constats et propositions, et la seconde présentant un état des lieux partiel des équipes de recherche de Bourgogne – Franche-Comté, investies sur les questions de santé publique.

En 2018, sept institutions ont signé un accord de partenariat.

Fin 2018, nous avons constitué une équipe qui a préparé notamment ce séminaire.

Aujourd'hui, nous avons donc entamé une phase de préfiguration avancée.

Je souhaite insister sur deux constats établis lors de la rédaction du rapport initial.

Tout d'abord, il existe dans notre région des forces académiques produisant des travaux de haut niveau, dont l'*impact factor*, qui mesure la qualité des recherches scientifiques, est élevé.

Ce sont les équipes universitaires de santé publique avec lesquelles nous avons beaucoup travaillé au cours de ces derniers mois. Je tiens à remercier les quatre enseignants de santé publique qui nous ont accompagnés dans la mise en place de ce Pôle. Ils réalisent de nombreux travaux dans le domaine de l'épidémiologie, de la biostatistique et de la recherche clinique, mais sont aussi mobilisables sur d'autres orientations.

De nombreuses autres équipes de différentes disciplines académiques travaillent également sur les questions de santé, notamment en sociologie, psychologie, anthropologie, géographie, économie, droit, sciences de l'éducation. Néanmoins, ces équipes sont peut-être encore trop dispersées. Édith Salès-Wuillemin, s'exprimera à ce sujet, au titre des deux Maisons des sciences de l'Homme (MSH), celle de Dijon et celle de Besançon.

Par ailleurs, au cours de notre étude de faisabilité, nous avons constaté que les forces académiques étaient ouvertes à la collaboration avec les décideurs et les acteurs de santé. L'instance de décision de ce Pôle accueille à la fois des décideurs et des représentants des autorités académiques, ainsi que les deux CHU. Les 80 personnes que nous avons auditionnées avec Lara Destaing, approuvaient ce rapprochement.

La préfiguration du Pôle s'organise donc autour d'une instance de décision composée des sept promoteurs du Pôle, une instance consultative sous la forme d'un comité scientifique et d'orientation en cours d'élaboration, et une équipe qui est en train de se constituer, notamment avec le récent recrutement d'un responsable du Pôle.

L'organisation de ce séminaire inaugural est la première activité du Pôle. Ses objectifs sont :

- la création d'une communauté d'acteurs engagés autour de ce Pôle ;
- l'illustration de la faisabilité de la collaboration entre chercheurs, décideurs et acteurs de santé ;
- la formulation de propositions d'orientations auprès de l'instance de décision du Pôle.

Nous compléterons très rapidement l'état des lieux que nous avons réalisé avec Lara Destaing en 2016. De plus, nous souhaitons lancer en 2019, un appel à projets régional, pour favoriser des recherches dont les orientations seront issues du travail que nous allons réaliser pendant ces deux jours. Une des vocations du Pôle est également d'aider les équipes de recherche à répondre à des appels d'offres nationaux ou internationaux.

Trois ateliers accueilleront les participants de ce séminaire.

Le premier porte sur la recherche concernant les services et l'offre de santé. Les deux axes choisis par les trois responsables de cet atelier sont :

- la coordination et les dimensions organisationnelles des services et de l'offre de santé ;
- la démocratie en santé et la participation des populations.

Trois sujets seront également abordés de manière transversale :

- tout d'abord, la question des personnes fragiles sur le plan socio-économique ou médical et toutes les populations éloignées de l'offre de santé ;
- ensuite, la e-santé et le numérique, l'appropriation de ces outils par les professionnels et la population ;
- enfin, la dimension économique parce que les budgets sont toujours contraints ; si nous souhaitons innover, nous devons réfléchir également aux modes de financement.

Par ailleurs, nous devons être vigilants sur le fait que les expérimentations, bien que nécessaires, concernent uniquement certaines populations, ce qui interroge sur la transférabilité et la généralisation des dispositifs expérimentaux.

Le deuxième atelier porte sur la recherche en santé environnement. Cette thématique est particulièrement d'actualité alors que la COP24 s'ouvre le 3 décembre 2018 en Pologne. De plus, beaucoup d'équipes de recherche en Bourgogne – Franche-Comté collaborent sur les questions d'environnement et mériteraient d'être fédérées pour mieux travailler ensemble. Enfin, la Bourgogne – Franche-Comté a mis en place un Plan régional santé environnement 3 (PRSE 3), qui prend en compte la dimension recherche, puisque l'ARS soutient déjà les recherches sur la question de l'ambrosie ou sur les îlots de fraîcheur en milieu urbain.

Les trois pilotes de cet atelier ont organisé leurs travaux de la manière suivante :

- ils présenteront tout d'abord les recherches qui ont déjà débouché sur des décisions permettant d'améliorer la santé des populations, en particulier la Mutualité sociale agricole (MSA) et Chrono-environnement, qui travaillent depuis plusieurs décennies sur les questions liées au monde rural et agricole et mènent des actions de santé publique qui ont permis d'améliorer la santé de ces populations ;

- ensuite, d'autres travaux font l'objet d'expérimentations, c'est notamment le cas pour les initiatives réalisées à la suite de l'appel à projets lancé conjointement par l'ARS, la Région et les services de l'État ;
- enfin, d'autres travaux bien qu'étant des recherches prometteuses, restent trop précoces pour permettre toute prise de décision en direction des populations.

Cet atelier a pour but de proposer des perspectives pour favoriser les recherches permettant d'agir rapidement auprès de la population.

Le troisième atelier abordera la question de la formation en santé publique. La collaboration des équipes de santé publique de Bourgogne et Franche-Comté existe depuis longtemps et dépasse même les frontières régionales. Les enseignants de santé publique travaillent quotidiennement ensemble depuis des années. En outre, l'universitarisation des formations initiales des professions de santé, médico-sociales et sociales est déjà engagée. Enfin, le service sanitaire contribue déjà à rassembler les acteurs.

Les responsables de cet atelier ont décidé de concentrer leurs réflexions autour de la formation initiale suivant trois axes :

- la mutualisation et la nécessité de mieux collaborer ensemble ;
- l'interprofessionnalité, qui est évoquée dans le cadre des nouvelles formes d'organisation de l'offre de santé (maisons de santé pluridisciplinaires, communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS) ;
- l'innovation et les stratégies pédagogiques.

Les deux principaux enjeux de ce séminaire sont :

- humain, puisqu'il s'agit de créer une communauté autour de ce Pôle pour mieux travailler ensemble ;
- programmatique, puisque vos réflexions et propositions vont nourrir les décisions de l'instance stratégique du Pôle et son programme de travail pour les prochains mois et années.

Concrètement, nous essaierons durant ces deux jours de collecter un maximum d'informations. Tout ce que vous direz est enregistré et pris en note. Pendant les prochaines semaines, l'équipe du Pôle va tenter de synthétiser l'ensemble de vos productions.

Je tiens à remercier les neuf responsables des ateliers qui ont œuvré ardemment pour que ces ateliers soient productifs.

Recherche et formation en santé publique : la vision des universitaires de santé publique en région

Élisabeth MONNET

Professeure de santé publique, UFR Santé,
Université de Franche-Comté

Je remercie l'ensemble des participants et promoteurs de ce Pôle de nous donner l'occasion de nous exprimer.

Les Unités de formation et de recherche (UFR) Santé de Dijon et Besançon accueillent toutes deux des équipes d'enseignants universitaires spécialistes de santé publique (SP) qui entretiennent des liens solides et anciens. Celle de Dijon est composée de deux professeures d'université (*ndlr* : Catherine Quantin et Christine Biquet), un praticien et un assistant hospitalo-universitaire, tandis que celle de Besançon accueille deux professeurs (*ndlr* : Frédéric Mauny et Élisabeth Monnet) et un assistant hospitalo-universitaire.

Par ailleurs, l'équipe de Dijon a tissé des liens avec des enseignants en économie de la santé et en nutrition. Les deux équipes sont rattachées à des Unités mixtes de recherche (UMR) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ou du Centre national de la recherche scientifique (CNRS).

Au niveau hospitalier, elles interviennent dans le cadre de structures de soutien à la recherche médicale et épidémiologique.

Les méthodes épidémiologiques et biostatistiques occupent une place prépondérante dans les recherches de ces équipes, et s'appuient sur des cohortes, des registres, des bases de données médico-administratives et le Système national des données de santé (SNDS). Ces outils ont permis aux équipes de développer des approches épidémiologiques originales de certains problèmes de santé. Ils sont précieux pour l'analyse des parcours de soins, l'étude des pratiques médicales, l'évaluation de la pertinence et de la sécurité des soins, et le repérage de certains événements de santé évitables.

En plus de ces thématiques, l'équipe dijonnaise a développé des études qualitatives, des approches mixtes et des études médico-économiques, qui lui ont permis d'analyser les logiques impliquées dans les choix de soins. Elle a également étudié l'impact de ces choix sur la qualité de vie des patients et évalué certaines stratégies de prévention et de soins.

L'équipe bisontine, sous la direction de Frédéric Mauny, travaille sur le thème de l'environnement et de la santé et en particulier a développé un modèle de prédiction de la pollution environnementale, complété par des études de vulnérabilité.

Dans le champ de l'enseignement, les missions des deux équipes sont diversifiées et comparables. Elles sont notamment responsables des enseignements de santé publique dispensés au cours des études de médecine mais aussi de ceux de spécialité du diplôme de master de santé publique interrégional. À Dijon, l'équipe a construit un diplôme universitaire en éducation pour la santé en partenariat avec l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps). L'équipe bisontine organise depuis 2004 l'Université d'été francophone en santé publique.

Les deux équipes sont de plus en plus sollicitées par des demandes de formation initiale de santé publique. Le Plan « Ma Santé 2022 »⁶ préconise en effet le développement de compétences en promotion de la santé et prévention ainsi qu'une formation initiale préparant mieux à l'exercice pluriprofessionnel.

6. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Ma Santé 2022* [Page internet] DICOM : 2018 [Visité le 18/03/2019] En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>

La vision et les attentes des deux équipes vis-à-vis du Pôle sont très convergentes. Lieu d'échanges, il doit permettre de faciliter les partenariats avec les responsables des politiques régionales de santé et les financeurs, les professionnels de santé, les acteurs de santé publique, les enseignants et les universitaires et chercheurs des diverses sciences impliquées dans l'analyse systémique des déterminants de la santé et la conception d'interventions de santé publique.

Ce Pôle doit devenir un réel lieu de réflexion partagée pour mieux répondre aux défis de la formation en santé publique.

En outre, le Pôle devra être un lieu facilitant la recherche multidisciplinaire en SP et la recherche-action de haut niveau.

Dans le champ de la formation régionale en SP, nous espérons que ce Pôle permettra la création d'un réseau régional de professionnels experts pouvant contribuer à la formation en SP ; qu'il apportera un soutien matériel et financier à des projets pédagogiques partagés en SP. Nous attendons également qu'il contribue à une meilleure visibilité des offres de formation en SP dans la région.

Dans le champ de la recherche, nous attendons du Pôle un partage de l'information pour mieux connaître les nouveaux projets et expérimentations en région. Nous souhaitons la création d'un dispositif d'appel à projets pour le financement d'études pilotes fédératives. Le Pôle doit nous apporter un soutien logistique pour renforcer les partenariats de recherche, la valorisation des travaux et le renforcement du courtage de connaissances à l'échelle régionale, nationale et internationale.

Nous pensons que ce Pôle représente une formidable opportunité et un défi régional ambitieux et stimulant.

Si ce Pôle parvient à animer et mobiliser ce collectif de professionnels et experts et à construire un partenariat durable entre les décideurs, acteurs et chercheurs, nul doute qu'il permettra la mise en œuvre de dispositifs innovants de recherche et d'évaluation en santé publique au bénéfice de la population et de notre région.

Recherche en santé publique : quelle place pour les sciences humaines et sociales ?

Édith SALES-WUILLEMIN

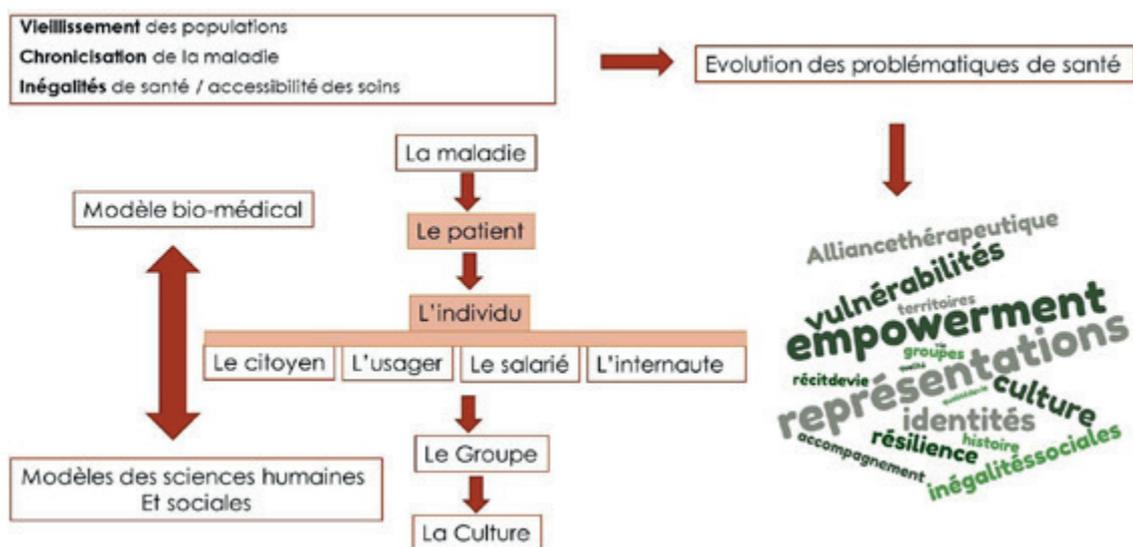
Professeure en psychologie sociale et du travail, Université de Bourgogne,
Coordinatrice du Groupe Thématique : santé et prévention à la Maison des sciences de l'homme
(MSH) de Dijon
Directrice du Laboratoire de Psychologie Psy-DREPI (EA-7458)

Je représente aujourd'hui deux MSH, la MSHE CN Ledoux (E pour environnement) de Besançon qui est une USR-CNRS N°3124 dont le directeur est Philippe BARRAL, et la MSH de Dijon, qui est également une USR-CNRS N°3516 dont le directeur est Jean VIGREUX. Je vous remercie pour votre invitation et je les remercie de la confiance qu'ils m'ont témoignée.

Les problématiques liées à la santé : la place des Sciences humaines et sociales (SHS) (Figure 1)

L'entrée en matière de la recherche en SHS dans le domaine de la santé diffère de celle des sciences médicales. Travailler sur les processus de manière globale en nous centrant sur les individus nous intéresse avant tout. Nous traitons dans ce cadre de questions en lien avec la prévention primaire ou tertiaire, les risques et la gestion des risques et avec la promotion de la santé. Ainsi, nous ne nous intéressons pas seulement aux maladies, mais également au patient en tant que personne et en tant qu'individu appartenant à un groupe social et à un groupe culturel. La diversité des regards fait la richesse de l'approche des SHS.

Figure 1. Les problématiques liées à la santé : la place des SHS

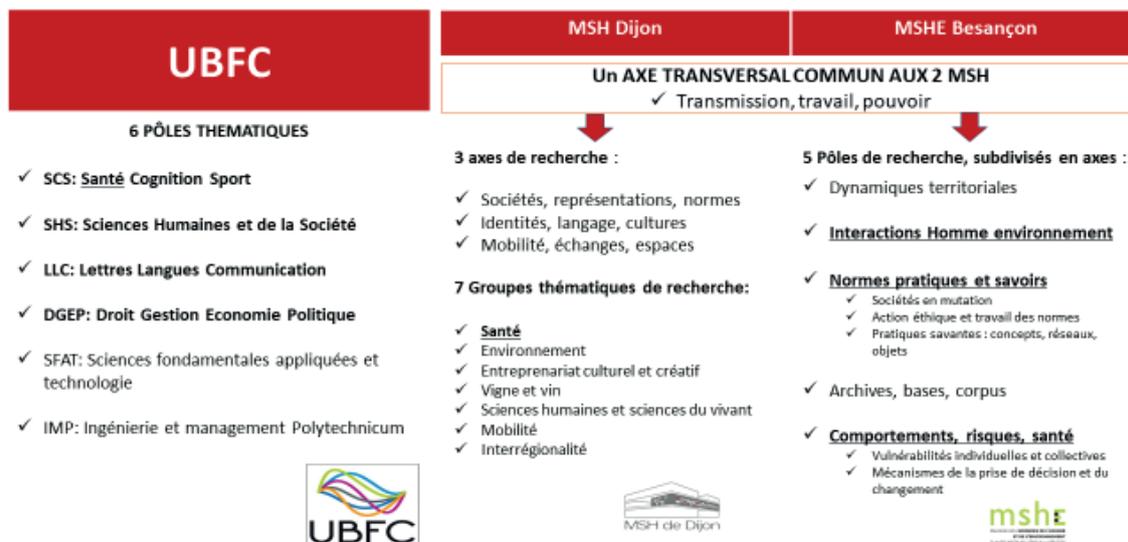


En ce qui concerne les problématiques de santé, nous nous penchons sur des questions liées aux inégalités sociales, à la sécurité et à l'accessibilité des soins, les risques de santé et également à tout ce qui est sous-jacent, par exemple les vulnérabilités, l'alliance et l'éducation thérapeutique, l'éducation à la santé et l'empowerment.

La thématique santé au sein de la COMUE UBFC et des 2 MSH (Figure 2)

La COMUE UBFC permet d'expliquer la structure de notre recherche, puisqu'elle comprend six pôles thématiques : la thématiques Santé s'ancre dans quatre de ces six pôles : Santé Cognition Sport ; Sciences Humaines et de la Société ; Lettres, Langues et Communication, et enfin Droit Gestion Économie et Politique.

Figure 2. La thématique santé au sein de la COMUE UBFC et des 2 MSH



La MSHE est organisée en cinq pôles de recherche, dont trois sont concernés par les questions de santé. Quant à la MSH de Dijon, aucun axe ne porte directement sur la santé, mais cette dernière se retrouve dans un groupe thématique de recherche.

Les champs disciplinaires impliqués au sein des deux MSH (Figure 3)

Un grand nombre de champs disciplinaires sont fédérés au sein des deux MSH pour répondre à des appels à projets en relation avec des questions de santé, par exemple, la psychologie, la philosophie, la sociologie, les neurosciences, les sciences juridiques, l'information et la communication, l'économie, l'épidémiologie...

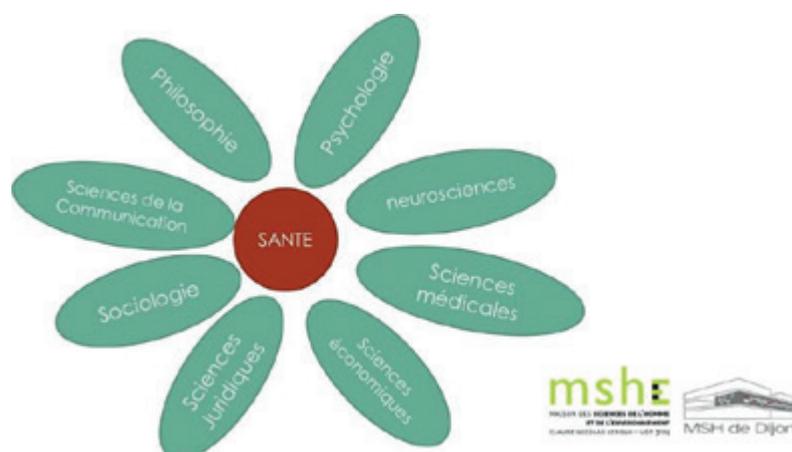


Figure 3.
Les champs disciplinaires au sein des 2 MSH

Les laboratoires et organismes impliqués au sein des deux MSH (Figure 4)

Figure 4. Laboratoire et organismes impliqués au sein des 2 MSH

MSH Dijon 15 laboratoires et équipes de recherche	MSH Besançon 15 laboratoires et équipes de recherche
<p>UMR 366 CGC - Centre Georges Chevrier</p> <p>EA 4177 Laboratoire CIMEOS - Communication, Médiations, Organisations, Savoirs</p> <p>INSERM U1093 CAPS - Cognition Action et plasticité sensorimotrice</p> <p>UMR 6295 CREDIMI - Centre de Recherche sur le Droit International des Marchés et des Investissements</p> <p>EA 4179 CREDESPO - Centre de Recherche et d'Étude en Droit et Science Politique</p> <p>UMR-5022 LEAD - (psychologie)</p> <p>EA7467 LEDI - Laboratoire d'Économie de Dijon</p> <p>UMR 866 Laboratoire Lipides, nutrition, cancer</p> <p>EA7458 Psy-DREPI - Laboratoire de Psychologie Dynamiques Relationnelles et Processus Identitaires</p> <p>EA 4178 CPTC - Centre Pluridisciplinaire Textes et Cultures</p> <p>UMR 6298 ARTEHIS - Archéologie, Terre, Histoire, Sociétés</p> <p>EA 7317 CREGO - Centre de Recherche en Gestion des Organisations</p> <p>EA 4182 Centre Interlangues</p> <p>UMR 1041 CESAER - Centre d'Économie et de Sociologie appliquées à l'Agriculture et aux Espaces Ruraux</p> <p>EA 7318 IREDU - Institut de Recherche sur l'Éducation</p>	<p>UMR 5060 LMC - Laboratoire Métallurgies et Cultures</p> <p>UMR 6049 ThéMA - Théoriser et Modéliser pour Aménager</p> <p>UMR 6249 Laboratoire Chrono-Environnement</p> <p>EA 2273 Centre Lucien Febvre</p> <p>EA 2274 Logiques de l'agir</p> <p>EA 3188 Laboratoire de Psychologie</p> <p>EA 3189 LaSA - Laboratoire de Sociologie et Anthropologie</p> <p>EA 3190 CRESE - Centre de recherche sur les stratégies économiques</p> <p>EA 3224 CRIT - Centre de Recherches Interdisciplinaires et Transculturelles</p> <p>EA 3225 CRJFC - Centre de Recherches Juridiques de l'Université de Franche-Comté</p> <p>EA 4011 ISTA - Institut des Sciences et Techniques de l'Antiquité</p> <p>EA 4660 C3S - Culture, Sport, Santé, Société</p> <p>EA 4661 ELLIADD - Édition, Langages, Littératures, Informatique, Arts, Didactiques, Discours</p> <p>EA 7274 IRTES-RECITS Institut de recherche sur les Transports, l'Énergie et la Société</p> <p>EA 7317 CREGO Centre de Recherche en Gestion des Organisations - antenne bisontine</p>

De nombreux laboratoires sont concernés par les questions de santé en sciences humaines et sociales (Figure 4). À Besançon, ce sont notamment les laboratoires Logique de l'Agir, le laboratoire de Psychologie, le laboratoire de Sociologie et Anthropologie, le laboratoire Culture, Sport, Santé, Société, le Centre de Recherche sur les Stratégies Économiques, le centre de recherches juridiques de l'Université de Franche-Comté, le laboratoire Théma.

À Dijon, 11 laboratoires sont associés au groupe thématique santé : les laboratoires Psy-DREPI, CAPS, Centre Georges Chevrier (CGC), CIMEOS, CREDIMI, CREDESPO, LEAD, LEDI et CREDIMI mais aussi les laboratoires PEC2, Lipides, nutrition, cancer, ainsi que le Labex LIPSTIC dans le cadre de différents projets de recherche collaboratifs. Des représentants de l'ARS, de l'Ireps, de l'IRTESS, sont également invités aux séminaires.

Quelques exemples de projets financés

La recherche en sciences humaines et sociales trouve des financements auprès de différents organismes ou institutions, comme par exemple l'Agence nationale de la recherche (ANR), la Fondation de France, la Fondation Maladies Rares, le Cancéropôle, l'Institut national du cancer (INCa), la Ligue, la Région...

Pour ce qui est de la recherche, la MSHE de Besançon, dans son pôle 5 « *Comportement risques et santé* », aborde différentes actions, notamment dans le domaine de la psychopathologie de la famille dans une perspective interculturelle, du bébé et de sa famille, de la sécurité des soins et des erreurs humaines en réanimation médicale, du recueil numérique de la qualité de vie des patients atteints de cancers ou encore du suicide assisté. Ces problématiques variées portent sur la question de l'accompagnement et de la capacité des individus à devenir acteurs de leur santé. Les Pôles 2 « *Interaction et environnement* » et 3 « *Normes, pratiques et savoir* » sont également concernés par les recherches autour de la santé. Par exemple, l'étude du bruit en lien avec la mobilité et les aménagements urbains, ou la télédétection, ou encore la médecine en milieu pénitentiaire.

La MSHE a organisé différents colloques, par exemple de manière récente, un portant sur les psychothérapies pour bébé et un autre sur la fin de vie.

À la MSH de Dijon, plusieurs projets se regroupent autour de deux axes au sein du groupe thématique santé. Le premier rassemble l'ensemble des recherches autour des facteurs de

risque liés à la santé et leur perception par les individus. Le projet I-Site Relations étudie les relations soignants-patients à l'hôpital et notamment l'impact de la qualité de vie au travail et les conséquences sur la santé du patient. Le projet Ineval aborde les inégalités de santé lors de maladies cardiovasculaires et QUALTRA étudie les dimensions de la qualité de vie au travail en relation avec la santé au travail.

Le second axe regroupe l'ensemble des recherches autour de la prise en charge et l'accompagnement des personnes, telles que le projet ALIMIS sur l'alimentation des personnes âgées et le projet TANGO sur l'accompagnement des malades atteints d'Alzheimer ou encore le projet EN PISTE sur l'accompagnement des individus atteints d'un nævus géant ou le projet EOLE sur les interactions qui se jouent entre patient, aidant et oncologue au moment des décisions thérapeutiques.

La MSH de Dijon a organisé différents colloques, de manière récente, un portant sur les affaires pharmaceutiques, un sur l'alimentation, le bien et bon à manger, un autre sur les pertes et remaniements identitaires dans le deuil et un autre sur l'hypnose.

En conclusion nos forces et nos attentes...

Les recherches en SHS sont centrées sur les individus, ce qui fait l'Humain dans toute sa complexité. Dans les problématiques de santé, la recherche s'intéresse aux patients, leur famille et leur accompagnement, mais également aux soignants, à leur relation au travail, aux patients et aux institutions.

Nos attentes vis-à-vis du Pôle sont identiques à celles des universitaires. Nous souhaitons néanmoins mettre l'accent sur le défi. En effet, les sciences humaines ne sont pas toujours reconnues comme essentielles concernant les problématiques de santé. Nous attendons du Pôle qu'il entame une démarche réflexive sur l'évolution du contexte de santé et des méthodologies et qu'il assure une nécessaire interdisciplinarité entre les sciences humaines et les sciences médicales, qui est pour nous fondamentale. Nous souhaitons qu'il coordonne des appels à projets dans lesquels les sciences humaines ont une place. Nous sommes heureux de pouvoir y participer.

Collaborations entre chercheurs, décideurs et acteurs de santé publique : l'expérience et les perspectives du canton de Vaud

Stéphanie PIN

Conseillère stratégique au Service de la santé publique du canton de Vaud

Responsable de recherche à l'Institut de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne

Je remercie les organisateurs de m'avoir invitée à ce séminaire.

Je souhaite évoquer mon expérience à la tête du Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique (CEESAN) et les perspectives actuelles du canton de Vaud en matière de santé publique (SP).

Tout d'abord, un consensus semble se dessiner, en France comme en Suisse, sur la nécessité, afin d'améliorer la santé des populations, de renforcer les politiques de santé publique fondées sur des données probantes, intégrant les perspectives de la recherche scientifique, mais aussi l'expérience des acteurs et les attentes de la population.

Pour autant, les collaborations entre chercheurs, décideurs et acteurs de santé publique ne vont pas de soi, pour des raisons socioculturelles (attentes divergentes, temporalités différentes, cultures différentes...), organisationnelles (peu d'incitatifs, voire des désincitatifs, problèmes complexes impliquant des professionnels et des chercheurs provenant d'institutions différentes...) ou personnelles (connaissances, expériences, attitudes, ...) ^{7,8,9}. Face à ce constat, la création d'interfaces, de dispositifs ou d'outils a été mise en avant comme une solution possible. Créer des espaces ou pôles fédératifs pourrait être une solution.

La Suisse n'échappe pas à ces réflexions, à ceci près que la santé relève de compétences cantonales. Dans le canton de Vaud, qui figure parmi les cantons les plus importants en termes de démographie et de superficie, la santé des populations est gérée par le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), et plus spécifiquement le Service de la santé publique (SSP). Le canton est divisé en quatre régions sanitaires, mêlant centres urbains et zones rurales et montagneuses. Il dispose d'un CHU.

Le CEESAN est rattaché au CHU et il est une des unités qui composent l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), institut de recherche internationalement reconnu.

Créé en 2014, le CEESAN a pour ambition de coordonner les travaux de recherche et d'évaluation, de réaliser des recherches propres et de favoriser la mise en œuvre politique des recommandations issues de son expertise. Le CEESAN est mandaté par différents publics/clients au niveau fédéral (Office fédéral de la santé publique), cantonal tel que le canton de Lausanne, qui lui a par exemple confié l'évaluation du plan d'action de réduction des risques liés aux addictions, ou municipal, comme la ville de Lausanne qui l'a mandaté pour évaluer la mise en œuvre d'un local de consommation sécurisée de substances psychotropes. Il accompagne aussi les projets d'organisations de santé publique, telles que des associations et plusieurs de ses membres exercent enfin des activités de formation et d'enseignement auprès de professionnels et futurs professionnels de santé.

7. Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). Issues in Linkage and Exchange between Researchers and Decision Makers. 1999 May;31.

8. Jacobs JA, Jones E, Gabella BA, Spring B, Brownson RC. Tools for implementing an evidence-based approach in public health practice. *Prev Chronic Dis.* 2012;9:E116.

9. Milat AJ, King L, Newson R, Wolfenden L, Rissel C, Bauman A, et al. Increasing the scale and adoption of population health interventions: experiences and perspectives of policy makers, practitioners, and researchers. *Health Research Policy and Systems.* 2014 Apr 15;12(1):18.

Le CEESAN fournit des prestations diverses, de l'analyse de situation à l'évaluation d'une intervention, en passant par l'accompagnement à la mise en œuvre de programmes de santé publique. Ceci dans des domaines divers, mais avec une spécialisation dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, des addictions et de la réduction des risques, et de la prévention et promotion de la santé.

Le CEESAN s'appuie sur une équipe d'une quinzaine de chercheurs provenant d'horizons disciplinaires divers (sciences humaines et sociales, économie, santé, médecine spécialisée en santé publique, sciences criminelles...). L'équipe compte deux maîtres d'enseignement et de recherche rattachés à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne. Le Centre promeut des méthodes mixtes, quantitatives et qualitatives, de *design* de recherche.

Entre 2016 et 2018, le Centre a conclu environ 15 contrats par an, un contrat pouvant contenir plusieurs études spécifiques.

La spécificité du CEESAN tient aussi à son financement. Un quart des postes sont financés de manière pérenne, mais la majorité des postes sont financés sur des fonds propres, autrement dit dépendent de la capacité du Centre de démarcher et de conclure des contrats de recherche.

Ce mode de financement a atteint ses limites : nous constatons ainsi la diminution des contrats pluriannuels, une réduction des budgets disponibles sans que les exigences des commanditaires se modifient, ainsi qu'une concurrence de plus en plus rude d'instituts privés plus rapides et proposant des prestations à moindre coût.

Néanmoins, un nombre croissant d'acteurs et de décideurs font appel à l'expertise du CEESAN. La qualité de ses travaux est reconnue. L'ancrage universitaire promeut cette recherche partenariale.

Le Conseil d'État vaudois s'est doté depuis juillet 2018 d'une politique de santé publique avec, comme la France, l'ambition d'opérer un virage de l'hospitalier vers les soins ambulatoires et réduire les inégalités sociales de santé (DSAS, 2018). Pour cela, le SSP a souhaité s'appuyer sur un Centre universitaire renforcé et a promu le projet « Alliance santé », qui vise à fusionner quatre entités aujourd'hui autonomes (la Policlinique médicale universitaire, l'Institut de santé au travail, Promotion santé Vaud et l'IUMSP). Ce nouveau centre universitaire de médecine générale et santé publique, fort de plusieurs centaines de chercheurs, entrera en vigueur le 1er janvier 2019, financé principalement par le DSAS et l'université.

L'expérience vaudoise démontre la réelle plus-value des activités d'expertise, qui doivent idéalement s'ancrer dans des programmes de recherche pluriannuelle. Il est important par ailleurs d'identifier clairement le portage des activités de transfert de connaissance et de décider si celles-ci doivent être menées par des spécialistes ou devenir des missions transverses aux institutions. Un autre enjeu majeur concerne le financement des activités en amont et en aval de la recherche.

Recherche interventionnelle : de la production au transfert d'une connaissance à partager

Christine FERRON

Professeure affiliée à l'École des hautes études en santé publique

Déléguée générale de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé

Je remercie les organisateurs de ces deux journées de nous donner l'occasion de nous exprimer devant vous. Ils nous ont demandé d'évoquer la question de la recherche interventionnelle, sous l'angle de la production de connaissances, de leur transfert et de leur partage. Je vous présenterai tout d'abord la recherche interventionnelle en promotion de la santé, puis Anne Sizaret abordera les enjeux du transfert et du partage de connaissances.

En préambule, nous souhaitons formuler quelques remarques lexicales relatives à la vision inclusive des termes que nous utilisons. Ainsi, par chercheurs, acteurs de terrain et décideurs, nous entendons aussi bien les hommes que les femmes.

Vouloir faire la preuve de l'efficacité de la promotion de la santé et vouloir s'appuyer sur ces preuves pour mettre en œuvre des actions de qualité ne sont pas des préoccupations récentes. En témoignent, la publication de l'Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé (UIPES) de 2000¹⁰ et l'article de Michel O'Neill en 2003¹¹. Néanmoins, aujourd'hui, identifier et utiliser ces données sont devenus des nécessités absolues.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les données probantes sont des « *conclusions tirées de recherches et autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé* » (OMS, 2004). Tous les termes de cette définition sont importants.

La preuve est ainsi constituée de données de différentes natures. Il s'agit bien sûr de données scientifiques issues de la recherche et de la littérature scientifiques, mais aussi des données expérientielles ou savoirs tacites. Ces savoirs non exprimés se réfèrent au savoir-faire des professionnels ayant accumulé un bagage de connaissances et d'enseignements tirés de leur pratique, qui leur permettent de se forger une expérience, un jugement, des valeurs, des préférences... Il s'agit également des données contextuelles qu'on oublie souvent, issues de la littérature grise, telle que les rapports d'activité.

L'Agence de développement de la santé du Royaume-Uni (Health Development Agency) illustre la répartition des données probantes en utilisant l'image d'un iceberg. Les données probantes issues de recherches et d'évaluations publiées en constituent la partie émergée. Mais la majeure partie de ces données – qui correspond à la partie immergée de l'iceberg – reste invisible et inconnue de la plupart des observateurs. C'est cette partie que nous chercherons à valoriser.

Trois éléments sont donc à retenir en résumé : les enseignements que l'on peut tirer des actions « qui ont fait leurs preuves » constituent des données probantes, les données probantes issues de protocoles de recherche et celles qui sont issues d'expériences évaluées menées sur le terrain sont complémentaires, leur production et leur utilisation vont nécessiter l'établissement de partenariats entre les acteurs, les décideurs, les chercheurs, voire des représentants de la population.

La recherche interventionnelle en promotion de la santé, que l'on qualifie de « science des solutions », est un exemple de partenariat entre acteurs et chercheurs. Elle suppose de reconnaître la spécificité de l'expertise en promotion de la santé. Louise Potvin et ses

10. Macdonald G. The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. *Health Education Research* 2000 ; 15(2) : 233-5.

11. O'Neill M. Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé ? *Soz Präventivmed* 2003 ; 48(5) : 317-26.

collaborateurs rappellent qu'« *il existe un mythe tenace et pernicious en santé publique, selon lequel la connaissance des mécanismes et des facteurs de risques des maladies constitue un savoir suffisant pour planifier des interventions de prévention et de promotion de la santé des populations* »¹². Or la planification et la mise en œuvre des interventions relèvent d'une expertise spécifique, différente de l'expertise biomédicale classique.

La recherche interventionnelle se destine à fournir des preuves utiles à la décision et à l'action en répondant à plusieurs enjeux¹³ :

- pour les chercheurs : initier, concevoir et mettre en œuvre des projets qui renforcent leur utilité sociale et politique ;
- pour les acteurs : contribuer à la production de résultats de recherche utiles à leurs pratiques en lien avec leurs partenaires et les populations ;
- pour les décideurs : fonder leurs décisions sur des preuves afin de mettre en œuvre des politiques valides et cohérentes ;
- pour les financeurs : soutenir des actions et programmes de promotion de la santé efficaces et utiles à la population.

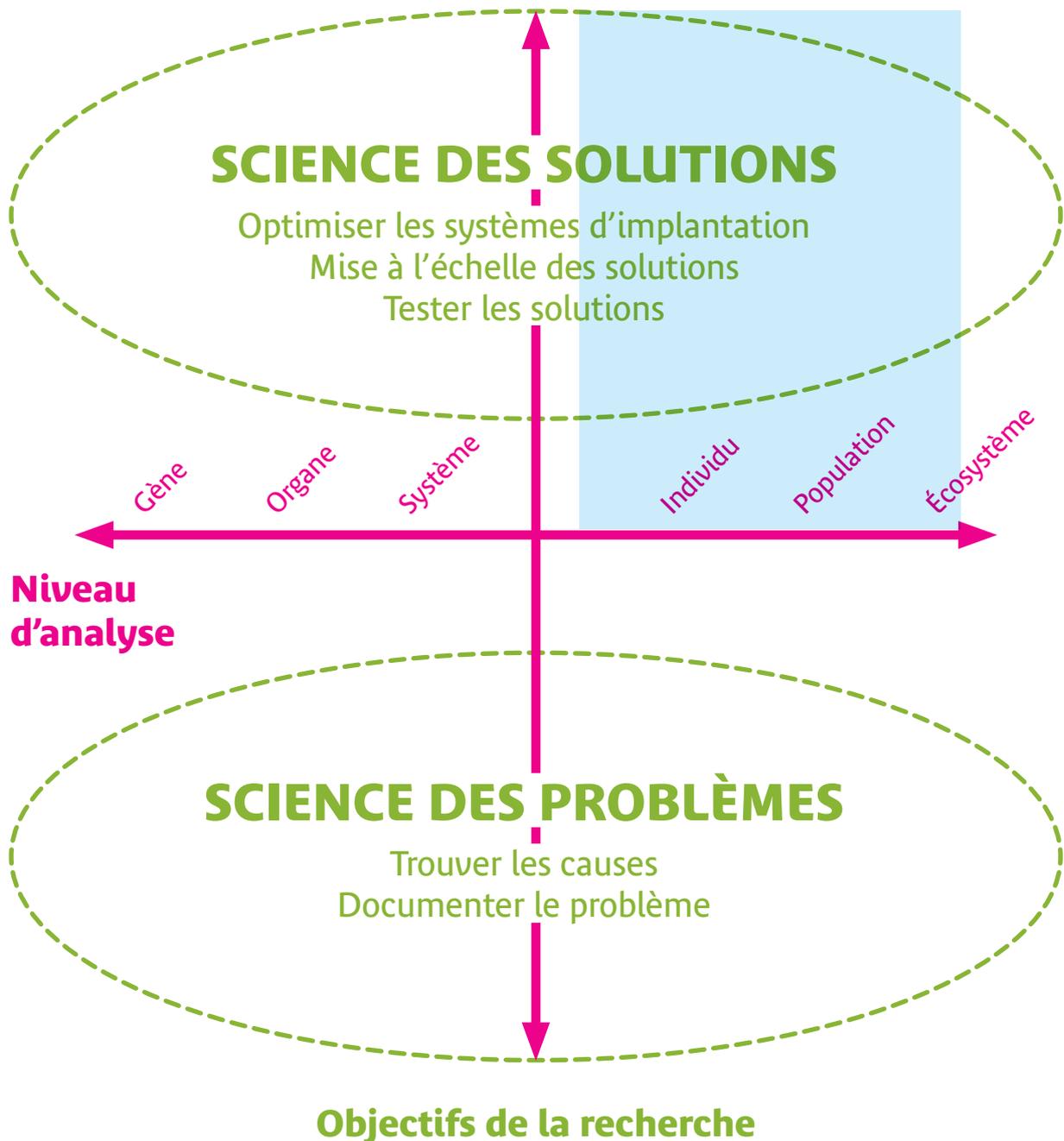
Pour définir la recherche interventionnelle, je m'appuierai sur des diapositives de Louise Potvin (Figure 5), titulaire de la chaire de recherche du Canada sur les approches communautaires et les inégalités de santé à l'Université de Montréal. Elle rappelle que les grands domaines de la recherche en santé s'organisent selon deux grands axes, le premier, ici horizontal, étant le niveau d'analyse. Ainsi, la recherche en santé pourra se déployer de l'infiniment petit au très grand, du gène aux écosystèmes dans lesquels vivent les populations, en passant par les organes, les systèmes, les individus et les populations.

Le second axe, ici vertical, s'organise selon les objectifs et la nature des recherches. Il va de la documentation des problèmes et de la recherche des causes des problèmes de santé, aux recherches portant sur l'expérimentation d'un certain nombre de solutions aux problèmes identifiés, la mise à l'échelle de ces solutions et l'optimisation de leur implantation.

12. Potvin L, Di Ruggiero E, Shoveller JA. Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. *La santé en action* 2013 ; 425 : 13-16

13. Lacouture A, Pommier J, Dagenais C, et al. Projet de recherche RICAP. *Recherche et intervention : collaboration entre chercheurs et acteurs des politiques. Et si on RICAPitulait ?* Synthèse du projet et des principaux résultats. Rennes EHESP, 2016, 28 p. En ligne : <https://recherche.ehesp.fr/ricap/wp-content/uploads/sites/3/2016/11/Synth%C3%A8se-du-projet-RICAP-vf-.pdf>

Figure 5. La recherche interventionnelle, représentation de L. Potvin



La recherche interventionnelle en promotion de la santé se situe du côté de la « science des solutions ». Elle s'appuie sur des expérimentations et sur leur mise à l'échelle, c'est-à-dire leur essai, leur transfert à d'autres territoires, leur transposition à d'autres secteurs, leur diffusion, concourant ainsi au renforcement et à la démultiplication de l'impact d'initiatives qui ont fait leurs preuves à une échelle différente. La recherche interventionnelle vise également à optimiser les systèmes d'implantation des interventions. Enfin, elle s'intéresse plus particulièrement aux populations et aux écosystèmes.

Selon Louise Potvin, la recherche interventionnelle en promotion de la santé est un terme « parapluie », pouvant recouvrir de la recherche-action, de la recherche évaluative, de la recherche en santé communautaire, en sciences sociales, en sciences politiques, voire certains travaux d'épidémiologie sociale, à condition qu'elle réponde à la définition de la recherche interventionnelle en promotion de la santé¹⁴ :

« *L'utilisation de méthodes scientifiques pour produire des connaissances sur les interventions, les programmes ou les politiques (dans le secteur de la santé ou un autre secteur) dont les finalités sont d'abord d'avoir un impact favorable sur les déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé dans une population, et d'agir sur la répartition des facteurs de risque et de protection dans cette population* », c'est-à-dire de réduire les inégalités sociales de santé.

Cette définition souligne trois caractéristiques essentielles de la recherche interventionnelle : son application à des interventions de promotion de la santé de nature complexe, la mobilisation d'une méthodologie scientifique rigoureuse (la recherche interventionnelle étant résolument pluridisciplinaire et collaborative), enfin, la visée de production de connaissances sur les interventions.

La recherche interventionnelle a émergé pour répondre au besoin de données probantes utiles à l'action et à la décision, en déplaçant le point focal des efforts de recherche du « *pourquoi* » (la cause de la maladie) vers le « *quoi* » (le contexte, la population) et le « *comment* » (les actions de promotion de la santé) en développant un corpus de connaissances fondé sur le fonctionnement, l'efficacité, l'efficience, le devenir et la transférabilité des interventions.

Il s'agit d'ouvrir ce qu'il est convenu d'appeler la « boîte noire » des interventions, c'est-à-dire, d'explorer en profondeur ce qui s'y passe réellement. Selon François Alla, si une intervention est efficace, il s'agit de savoir comment et à partir de quelle information estimer que l'intervention produira les mêmes résultats si elle est réalisée dans d'autres contextes. Si au contraire, une intervention n'est pas efficace, il s'agit de savoir comment estimer si l'échec est imputable à l'intervention elle-même ou à une mauvaise mise en œuvre, comment estimer que si elle était effectuée dans un contexte différent, elle serait ou ne serait pas tout autant inefficace. Nous devons déterminer les informations dont disposent les auteurs de revues systématiques pour être sûr qu'ils comparent des interventions qui ont été mises en œuvre de la même manière et qu'ils comprennent pourquoi la même intervention a des effets différents dans des contextes différents.

Les points d'intérêt porteront à la fois sur la fidélité et la qualité de la mise en œuvre, sur les mécanismes reliant les actions aux résultats en expliquant la chaîne des causalités, et enfin sur les facteurs contextuels, c'est-à-dire l'influence du contexte de l'intervention sur sa mise en œuvre et l'atteinte des résultats.

Anne SIZARET

Documentaliste à l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) de Bourgogne – Franche-Comté

Les chercheurs, décideurs et acteurs produisent tous des données, qu'elles soient de recherche ou expérientielles. De ce fait, nous sommes confrontés à une jungle de données, et exposés à une pléthore d'informations. Les acteurs sont de plus en plus invités, voire contraints, à appuyer leurs actions sur des données probantes.

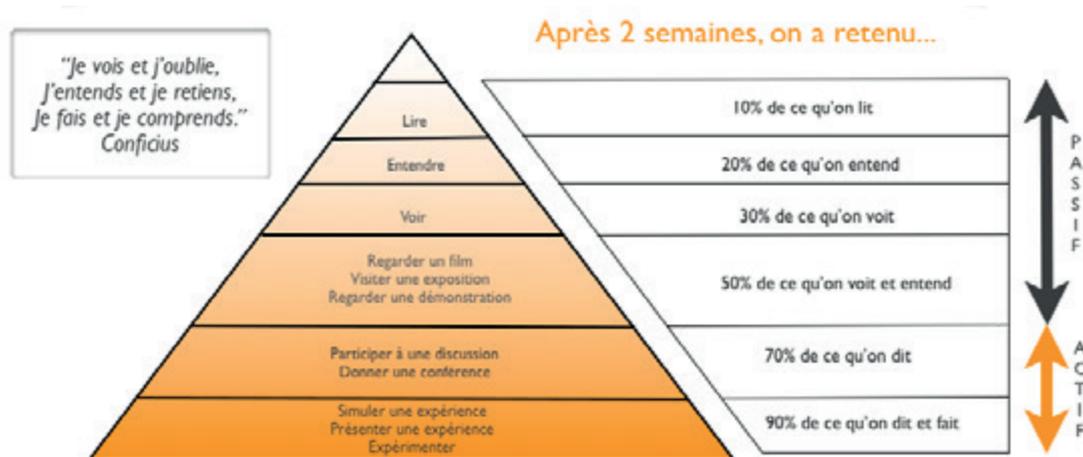
En 2016, la Société française de santé publique a interrogé 670 professionnels en promotion de la santé sur leur utilisation des connaissances. L'étude a montré que l'accès aux publications et aux ressources documentaires restait difficile pour une part importante des professionnels de terrain. La mise à jour des connaissances n'était pas intégrée dans les pratiques de 40 % des répondants et moins de la moitié d'entre eux s'appuyait sur des ressources documentaires pour construire leurs projets.

14. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research?. *Revue canadienne de santé publique* 2009 ; 100(1) : 18-114

L'accès à la connaissance se heurte à toutes sortes de difficultés, dont l'interrogation de bases de données, la langue anglaise, le coût, le temps. De plus, l'accès aux connaissances ne prédit pas leur utilisation. Il existe quelques invariants dans l'utilisation des connaissances. Les chercheurs, décideurs et acteurs en santé publique n'y échappent pas.

Des travaux de chercheurs en sciences de l'éducation ont démontré que plus nous sommes passifs dans l'acquisition des connaissances, moins nous sommes en capacité de retenir l'information. Deux semaines après, nous ne retenons que 10 % de ce que nous avons lu, 20 % de ce que nous avons entendu, 30 % de ce que nous avons vu (Figure 6).

Figure 6. Le cône d'apprentissage d'E. Dale¹⁵



En revanche, dès lors que nous participons à une discussion, que nous animons une conférence, que nous expérimentons, nous retenons 70 % de ce que nous avons dit, voire 90 % de ce que nous avons dit et fait.

Dans le milieu professionnel, au cours des années 1990, les chercheurs se sont penchés sur les sources du savoir dans les processus d'apprentissage et ont élaboré le modèle 70-20-10 (Figure 7). D'après ce modèle, 70 % de nos connaissances et savoir-faire viendraient de l'expérience et de la pratique, 20 % de nos interactions sociales, professionnelles et personnelles et 10 % seulement de la formation.

Figure 7. Le modèle 70-20-10



Dico pédagog : le modèle 70:20:10 [Page internet]. En ligne : <http://svdologie.com/2018/05/dico-pedago-modele-70-20-10/>

Si 70 % de nos connaissances proviennent de l'expérience et de la pratique, faisons en sorte que les données probantes occupent une place plus importante dans nos pratiques et soient plus utilisées dans nos interventions. Ce qui exige une communication et une transmission des

15. Velez I. Pour une éducation au cinéma intégrée dans une pédagogie de projet multimédia : un exemple de translittératie. *Cahiers de l'APLIUT* 2012 ; 31(2) : 17 p. En ligne : <https://journals.openedition.org/apliut/2650>

informations pertinentes sous une forme exploitable, à tous ceux qui pourraient en bénéficier, c'est-à-dire transformer ces informations latentes en connaissances actives.

Les canadiens travaillent sur la notion de transfert des connaissances depuis longtemps et ont produit de nombreux écrits sur le sujet. En France, le milieu de la santé publique s'intéresse à la question du transfert de connaissances depuis une dizaine d'années.

Le transfert de connaissances est « *un ensemble d'activités, de mécanismes et d'interactions favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation de connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé* »¹⁶. Dans le domaine socio-sanitaire, cela correspond « *à une démarche systématique, articulée, structurée autour des données probantes pour générer des changements de pratiques, de compétences et de comportements* »¹⁷.

Or, en général, les chercheurs ne sont pas formés pour transmettre leurs résultats en dehors des milieux de la recherche. De même, les décideurs et les acteurs interagissent peu avec la communauté de la recherche. Nous négligeons souvent le rôle actif des décideurs et des acteurs, qui pourraient contribuer à la transformation des connaissances en savoir pratique.

Le transfert des connaissances les rend compréhensibles et permet leur adoption par les acteurs. Ces connaissances sont contenues dans les rapports de recherche, les articles scientifiques ou professionnels, les résultats d'évaluations, les données sur l'état de santé ou le bien-être de la population. Elles sont produites aussi bien par les chercheurs que par les décideurs ou les acteurs. Elles devront être adaptées à leurs destinataires en fonction de leurs besoins, de leurs niveaux de connaissances, de leurs pratiques, de leur contexte sociopolitique ou organisationnel. Par exemple, les connaissances ne seront pas transférées de la même manière qu'il s'agisse d'un directeur d'ARS, d'un chargé de mission dans une Irep ou une Caisse primaire d'assurance maladie, ou d'un chercheur dans un laboratoire universitaire. Ces connaissances seront alors transformées en messages clés, clairs, concis, cohérents, proposant des pistes pour l'action.

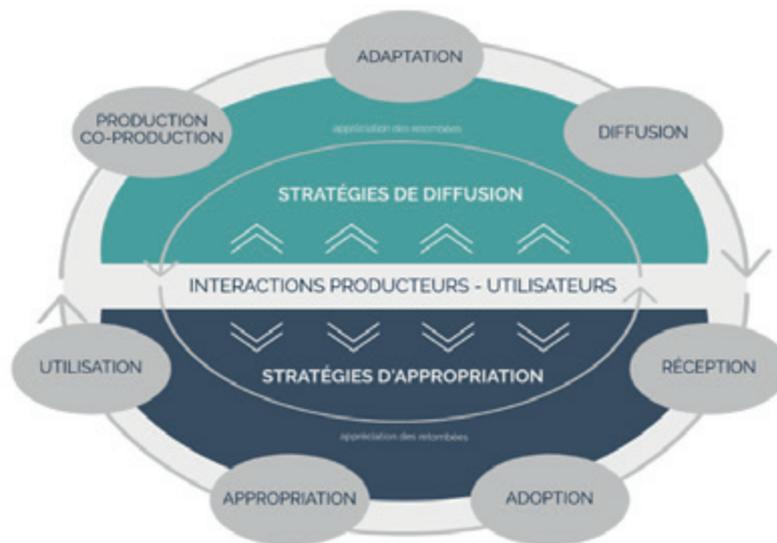
Ainsi un chercheur qui a brillamment publié le fruit de ses travaux n'en a-t-il pas fini pour autant ! Dans le cadre d'un véritable transfert de connaissances, il lui faut déterminer ce qui reste à faire pour que les conclusions de ses travaux trouvent des applications partout où cela est nécessaire, et que les politiques, les praticiens de terrain et la population en bénéficient réellement.

Le processus de transfert de connaissances (Figure 8) est complexe et sa mise en place peut prendre du temps. Il comprend sept étapes, de la production ou coproduction d'une nouvelle connaissance à son utilisation dans un contexte donné, en passant par son adaptation, sa diffusion, sa réception, son adoption et son appropriation. Il implique des interactions permanentes et nombreuses entre les producteurs et les utilisateurs.

16. Lemire N, Souffez K, Laurendeau MC. *Animer un processus de transfert des connaissances : bilan des connaissances et outil d'animation*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 2009, 69 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf

17. Faye C, Lortie M, Desmarais L. *Guide sur le transfert des connaissances à l'intention des chercheurs en santé et sécurité du travail*. Montréal : RSSTQ, Communauté Transfert des connaissances, 2007, 51 p. En ligne : https://unites.uqam.ca/ergo/A019_files/A019.pdf

Figure 8. Le processus de transfert des connaissances



Plus une stratégie de transfert mobilise des interactions, plus elle facilite l'appropriation des connaissances. Une publication touchant beaucoup de monde sans impliquer d'interactions sera souvent insuffisante pour susciter l'utilisation concrète des connaissances.

A l'inverse, des pratiques collaboratives ne vont toucher qu'un nombre limité de personnes, elles demanderont un investissement en temps et en argent plus important, mais faciliteront grandement l'appropriation des connaissances et donc leur utilisation.

Les activités de transfert de connaissances vont donc dépendre des ressources disponibles, des objectifs visés, des collaborations possibles, du type de connaissances à transférer et du type d'acteurs à impliquer.

Le processus de transfert de connaissances (Figure 4) met aussi en avant deux types de stratégies : la diffusion ou l'appropriation des connaissances.

Parmi les stratégies de diffusion, il existe des formes originales et dynamiques de transmission des connaissances, telles que les infographies, les présentations animées, les bandes dessinées. Quand on sait que l'aspect visuel augmente de 80 % la volonté de lire un document ou que nous retenons 50 % de ce que nous voyons et entendons, nous pouvons facilement comprendre l'intérêt des événements comme « *Ma thèse en 180 secondes* » ou les conférences TED (*Technology, Entertainment and Design*).

Par exemple, l'étude Pixel¹⁸ réalisée au Canada sur la santé sexuelle des jeunes de 17 à 29 ans, a donné lieu à la publication de trois rapports, un général, un méthodologique et un troisième sur la prédominance de certaines IST. Elle a également conduit à l'édition de huit fiches thématiques présentant les faits saillants de l'étude pour les intervenants en santé sexuelle, et à une présentation PowerPoint dont chaque diapositive est accompagnée d'un test. L'étude a enfin été suivie de la réalisation de capsules vidéo « *Du sexe et des chiffres* », qui ont pour objectifs de déconstruire des mythes sur la santé sexuelle des jeunes adultes et d'engager le dialogue.

Les stratégies d'appropriation des connaissances incluent par exemple les ateliers délibératifs qui permettent d'élaborer des recommandations adaptées et de favoriser leur mise en œuvre. Viennent ensuite les processus de capitalisation. Selon Pierre de Zutter, « *capitaliser, c'est transformer le savoir en connaissance partageable* ». C'est notamment le cas du volet « Capitalisation des interventions » du projet InSPIRe-ID (Initiative en santé publique pour l'interaction entre la recherche, l'intervention et la décision) co-piloté par la Société française de santé publique (SFSP)

18 Lambert G, Institut national de santé publique du Québec, Direction des risques biologiques et de la santé au travail. *Étude PIXEL, portrait de la santé sexuelle des jeunes adultes au Québec*. 2017. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3096539>

et la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes). On assiste par ailleurs au développement de communautés de pratiques, notamment celles portées par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), autour de la gérontologie et de l'accompagnement médico-social par exemple.

Le courtage de connaissances (Figure 9) est l'une des stratégies d'appropriation des connaissances. En 2013, dans le premier article français sur le sujet, L. Munérol, L. Cambon et F. Alla ont défini le courtage de connaissances comme « *un processus qui vise, via un intermédiaire, à favoriser les relations et les interactions entre les différents acteurs en promotion de la santé [...] dans le but de produire et d'utiliser au mieux les connaissances basées sur les preuves. Les actions de cet intermédiaire peuvent être multiples et variées selon le contexte, mais visent toutes à créer un lien et de la communication, à valoriser les connaissances et les compétences de chacun [...] et à améliorer les pratiques* »¹⁹.

Le courtier en connaissance fait le lien entre ce que connaissent très bien les acteurs de terrain et les décideurs (la population, la conduite de projets et d'actions, l'innovation et l'expérimentation, les réseaux et les partenaires) et ce qu'apportent les chercheurs (la mobilisation de corpus théoriques, les revues de la littérature, la méthodologie scientifique, les pratiques de transfert de connaissances). Cette fonction peut être dévolue à une personne, mais mobilise généralement une équipe ou une organisation. Leur rôle est de créer un pont entre les chercheurs, les décideurs et les acteurs. Les courtiers en connaissances doivent être capables de parler le langage de tous.

Figure 9. Le courtage de connaissances



19. Munérol L, Cambon L, Alla F. Le courtage de connaissances, définition et mise en œuvre : une revue de la littérature. *Santé publique* 2013 ; 25(5) : 587-97

Table ronde avec les représentants des promoteurs du Pôle

Macha WORONOFF-LEMSI

PU PH, Vice-Présidente Recherche

Présidente DRCI du CHU de Besançon

Vice-Présidente du Conseil d'administration de l'Université de Franche-Comté

Je remercie François Baudier et les organisateurs de ce séminaire et tiens à excuser Chantal Carroger, la Directrice générale du CHU de Besançon.

Pour le CHU de Besançon, la démarche entamée autour de ce Pôle a du sens. Ces dix dernières années, nous nous sommes collectivement structurés et avons mis en place des stratégies de recherches, évaluées notamment par l'AERES (Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur) puis l'HCERES (Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur). Il se trouve que l'un des axes stratégiques rapidement identifié était lié à la vulnérabilité et aux risques. Nous l'avons appelé ProMES (PROgrès Médical et Evolution Sociétale)²⁰. <https://www.chu-besancon.fr/la-recherche.html>.

Notre Centre d'investigation clinique (CIC 1431) de Besançon collabore avec le CIC du CHU de Dijon. Leurs particularités se complètent. En son sein, nous avons créé les plateformes suivantes : (1) méthodologie en recherche clinique et épidémiologie UMeth, (2) Plateforme *Health Technology Assessment* HTA, (3) une plateforme dynamique d'évaluation des dispositifs médicaux DINAMIC, (4) une plateforme d'investigation clinique SINETIC, (5) la qualité de vie (UMQVC)... La réflexion actuelle sur la qualité de l'évaluation des dispositifs médicaux est déployée au sein du CIC. La tâche demeure importante dans ce domaine. Nous travaillons également dans le champ de la transfusion. Nous avons également la chance d'avoir développé des collaborations fortes avec les sciences humaines et la Maison des sciences de l'Homme et de l'environnement (USR-3124).

En cancérologie, l'idée de la qualité de vie est très orientée. Je ne peux m'empêcher de rendre hommage à Franck Bonnetain, qui a réussi, en moins de cinq ans à développer une plateforme et une activité de recherche et de *monitoring* de la qualité de vie au quotidien, exemplaires en Europe et même au-delà (UMQVC). Nous avons conservé son héritage.

Nos projets sont nombreux et je souhaite vous démontrer que le CHU de Besançon s'est inséré au travers de sa stratégie scientifique dans la politique de site.

Le CHU a également contribué au développement de la marque Grand Besançon Synergie Campus et s'est engagé comme partenaire au sein du consortium porté par la COMUE UBFC pour le projet ISITE-BFC. Le CHU avait accepté dès 2010 de participer à la fondation de coopération scientifique Bourgogne – Franche-Comté.

Estelle SEILLES

PU PH, Vice-présidente d'Université Bourgogne Franche-Comté (UBFC)

Tout d'abord, je tiens à vous exprimer combien UBFC soutient ce projet de Pôle, qui se justifie notamment par l'importance des questions de santé publique et des besoins de formation et de recherche dans ce domaine. UBFC s'est rapidement engagée en acceptant de le porter de manière transitoire. Elle souhaite que ce portage reste transitoire dans l'attente du choix d'une structure ad hoc.

UBFC n'a pas vocation à se substituer aux missions des établissements membres, mais souhaite se positionner en tant que facilitateur de rapprochements entre le monde académique et celui des opérateurs et favoriser notamment l'intégration des sciences humaines, en s'appuyant en particulier sur des pôles thématiques. UBFC pourrait privilégier des missions complémentaires, en facilitant une démarche de transfert telle que la transmission des connaissances au grand public.

20. CHRU Besançon. *CHRU Besançon la recherche*. CHRUB : 2019. En ligne : <https://www.chu-besancon.fr/la-recherche.html>

Dans des actions complémentaires de type diffusion de la culture scientifique, je voudrais vous présenter le programme « VIVO ! Entrez en Nature » ; il s'agissait d'un festival de culture artistique et de création scientifique qui visait à faire connaître la recherche d'UBFC et à permettre à la population de notre région de s'approprier les thématiques scientifiques développées par ses établissements, thématiques traitant des liens entre l'Homme et la Nature. Cette grande opération a réussi à mobiliser 20 000 visiteurs sur trois temps forts déployés sur Cluny, Besançon, Dijon et Belfort/Montbéliard. Nous avons bénéficié du soutien financier important de la Région.

Cet exemple démontre qu'UBFC dispose de compétences et de moyens. Nous pourrions imaginer les placer au service du Pôle pour l'accompagner dans l'organisation de diverses manifestations dédiées générant des échanges entre chercheurs et citoyens. UBFC souhaite s'impliquer en cohérence avec ses missions de coordination.

Marc MAYNADIE

*Doyen, UFR des Sciences de Santé,
Université de Bourgogne*

Je vous félicite pour le programme du séminaire.

En Bourgogne – Franche-Comté, de nombreuses forces vives en santé publique se trouvent au sein des CHU et des universités et les rassembler est essentiel. La région ne doit pas être en retard par rapport aux autres régions dans ce champ de la connaissance.

À l'aide de toutes les structures existantes, je souhaite que ce Pôle soit productif et permette de faire émerger toutes les données cachées, qui se trouvent en dessous de la ligne de flottaison.

Si la connaissance est issue de l'expérience, nous pouvons nous féliciter que nos études de médecine soient des formations par alternance. Nous devons utiliser les compétences issues de l'expérience et du vécu.

Je forme tous mes vœux pour la réussite du Pôle et le succès des travaux de ce séminaire. Je vous souhaite le meilleur pour l'avenir.

Frédéric MAUNY

*Professeur de santé publique, UFR Santé,
Université de Franche-Comté*

Je souhaite témoigner du ferme soutien au Pôle de l'Université de Franche-Comté (UFC).

L'UFC participe à la réponse aux besoins et aux attentes du tissu économique, social et humain dans lequel elle est installée et s'inscrit dans une démarche de co-construction, en particulier avec l'Université de Bourgogne. Cet enjeu de co-construction est illustré par la création de ce Pôle de santé publique. Certaines thématiques, telles que la santé environnement sont fortement partagées et font l'objet de collaborations régionales.

Les deux missions initiales de l'Université étant la recherche et la formation, elle soutient évidemment ce Pôle dont c'est la vocation.

Dans cette démarche, l'apprentissage de la recherche par la recherche illustre parfaitement le partage des connaissances.

La construction de ce Pôle a pour premier enjeu le partage de langage et de connaissances. Puisque chaque langage est une vision différente du monde, j'espère que ce Pôle contribuera à leur partage et leur communication.

Marc BARDOU

*PU PH, Vice-Président Recherche du Directoire,
CHU Dijon-Bourgogne*

Sans aucune réserve et même avec un immense enthousiasme, le CHU de Dijon soutient le Pôle.

Le CHU de Dijon a développé six axes de recherche. Seul l'axe « patient-santé-territoire » pourrait être perçu comme étant en rapport immédiat avec le Pôle.

La thématique de la prévention de la santé est néanmoins essentielle dans les axes « incapacité motrice et sensorielle » et « approche préventive et thérapeutique du cancer ». La Côte d'Or est notamment un département préfigurateur du dépistage du cancer colorectal, même si je regrette qu'il n'y soit pas suffisamment accepté par les habitants de la région. Le projet DiVa (Dijon Vascular Project), premier projet financé et retenu au titre de l'article 51, préfigure l'avenir de la recherche en promotion de la santé en Bourgogne – Franche-Comté. Il est emblématique, car il s'est construit avec l'ensemble des acteurs.

Les particularités géographiques et territoriales et les difficultés de la démographie médicale de la région Bourgogne – Franche-Comté exigent une réflexion sur l'organisation du système de santé, notamment pour la prévention et l'accès aux soins.

La directrice du CHU, Élisabeth Beau quittera prochainement le CHU de Dijon. Elle a néanmoins fortement soutenu le Pôle. Nous travaillons en partenariat avec le CHU de Besançon et je suis convaincu que nous pouvons largement contribuer au développement du Pôle.

Le CHU de Dijon est implanté au cœur de la métropole, qui lui apporte un large soutien. La métropole a inscrit comme une de ses priorités le projet Readaptic, qui vise au travers de la rééducation du handicap, à réintégrer le patient dans son territoire, avec l'ensemble des professionnels de santé. Le CHU de Dijon affiche clairement sa volonté de travailler sur la prévention et la promotion de la santé. À titre personnel, je suis membre du groupe prévention et promotion de la santé à Santé publique France. Je crois en la nécessité d'acquérir des données probantes pour guider les décideurs de santé. Je regrette la culture encore insuffisante des professionnels de santé en matière de santé publique. L'ensemble des approches d'enseignement sont essentielles pour faire émerger cette culture de santé publique.

Françoise TENENBAUM

*Conseillère régionale déléguée à la santé,
Conseil régional de Bourgogne – Franche-Comté
Maire adjointe de Dijon, Conseillère déléguée de Dijon Métropole*

Je voudrais affirmer tout le plaisir que j'ai à partager cette table ronde avec les sept acteurs qui portent le Pôle. Il n'a pas toujours été facile de nous rassembler...

Nous devons définir au Pôle des statuts qui lui permettent d'être dynamique tout en lui assurant une bonne gestion. Je suis convaincue que nous y parviendrons. Je salue les expérimentations développées et souligne que le Cancéropôle Est qui fonctionne parfaitement a un statut d'association. Nous pourrions nous en inspirer.

Par ailleurs, permettez-moi de m'étonner de n'avoir point entendu parler des connaissances et expertises des usagers. Nous avons évoqué les preuves scientifiques, mais pas celles relatives aux savoir-faire et savoir-être des citoyens pour qui nous mettons en place cette santé publique.

Cédric DUBOUDIN

*Directeur de la Direction de l'innovation et de la stratégie,
ARS Bourgogne – Franche-Comté*

Je remercie tous les orateurs, dont les interventions ont posé les bases et le cadre des ateliers de ces deux journées.

Je vous assure de mon adhésion pleine et entière dans ce projet et suis particulièrement satisfait des échanges auxquels j'ai assisté jusqu'à présent.

De la salle

Le comité régional de santé publique de Bourgogne – Franche-Comté ne serait-il pas un bon outil de courtage des connaissances du Pôle vers les usagers ?

François BAUDIER

Le Pôle ne remplacera pas les organismes qui assurent déjà le courtage de connaissances dans notre région. Par exemple, nous ne nous substituerons pas à l'Ireps, mais collaborerons avec elle.

Estelle SEILLES

Le Pôle pourrait-il organiser des événements dédiés pour faire connaître ses travaux au grand public, aux élus et décideurs ? Cette démarche ne se substitue pas aux organisations.

François BAUDIER

Les notions de culture scientifique et technique et de partage avec les citoyens étaient au cœur des échanges du groupe ayant travaillé à la mise en place du Pôle.

Claude Michaud, responsable de la démocratie en santé au sein de l'ARS, veillera à intégrer cette démarche dans les activités du Pôle.

Les participants se séparent en trois ateliers :

- *Recherche et santé-environnement*
- *Recherche sur les services et l'offre de santé*
- *Formation initiale en santé publique*



ATELIERS

JEUDI 29 NOVEMBRE APRÈS-MIDI
& VENDREDI 30 NOVEMBRE MATIN

Responsables et animateurs

- **Frédéric Mauny**, Professeur de santé publique, UFR Santé de Besançon, Université de Franche-Comté.
- **Adeline Bernier**, Chargée de mission gestion de projets santé, Direction Projets Transversaux, Conseil régional Bourgogne – Franche-Comté
- **Bruno Maestri**, Adjoint au responsable du département Santé Environnement, Direction de la Santé Publique, Agence régionale de santé Bourgogne – Franche-Comté

Introduction

Les questions liées à notre environnement sont plus que jamais sur le devant de la scène : changement climatique, exposition aux phytosanitaires, pollution de l'air, bruit... La santé des populations est au cœur de ces débats et les interrogations restent nombreuses, en particulier les questions de vulnérabilité individuelle et d'inégalité sociale. Des politiques publiques sont mises en œuvre et des engagements citoyens se développent activement.

Pour que cette mobilisation, autant collective qu'individuelle, soit à la hauteur des enjeux de santé liés à l'environnement, la mobilisation des acteurs de proximité, qu'ils soient citoyens, chercheurs ou décideurs, est certainement une des clefs de la réussite des actions entreprises sur les questions liées à la santé et à l'environnement, ainsi que sur l'accélération des transitions. Leurs adéquations aux réalités du quotidien et leur efficacité dans des délais raisonnables dépendent de cette alliance fructueuse citoyen/chercheur/décideur qui doit être non seulement encouragée mais également soutenue activement.

La région Bourgogne – Franche-Comté (BFC) bénéficie d'équipes de recherche dynamiques et reconnues internationalement, d'institutions publiques volontaires et d'un tissu associatif organisé. Un grand nombre d'entre eux sont réunis autour du Plan Régional Santé Environnement 3 (PRSE 3)²¹.

L'objectif de cet atelier et du Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique est de tracer des pistes prometteuses et pragmatiques pour des collaborations renforcées, permettant de prendre des mesures rapides et adaptées aux caractéristiques de nos territoires, reposant sur des connaissances scientifiques solides, facilement transférables, au bénéfice de l'ensemble de la population de la région.

Objectif général

Faire un point de situation sur les leviers et les freins favorisant la collaboration entre le milieu de la recherche et celui des décideurs/acteurs de santé dont le but est de :

- favoriser le développement de nouveaux travaux de recherche sur des thèmes pertinents pour nos territoires, pouvant :

21. ARS BFC. *Plan Régional Santé Environnement 3*. ARS BFC : 2017. En ligne : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/3e-plan-regional-sante-environnement-prse-3>

- rencontrer une conjonction favorable entre, d'une part, des équipes de recherche expertes, et d'autre part, des décideurs/acteurs de santé engagés en région ;
- réduire au minimum le temps de transfert des connaissances produites au plus près des populations de BFC vers les décideurs et acteurs de BFC, permettant une meilleure prise en compte des déterminants liés à l'environnement ;
- faciliter la prise de décision et la mise en œuvre de programmes ou actions dans le domaine de l'environnement, permettant d'avoir un impact significatif et durable sur la santé et le bien-être de la population de BFC ;
- élaborer des propositions d'orientations pour le Pôle et son futur programme de travail.

Déroulement de l'Atelier

1. Premier jour : les constats

Un choix de photographie représentant la recherche en santé-environnement a été l'occasion pour les participants de se rencontrer et de se présenter les uns aux autres, dans la bonne humeur. Le premier jour a été dédié à dresser des constats sur les recherches effectuées en BFC dans le champ de la santé-environnement. La séance s'est déroulée en deux temps :

- la présentation de projets de recherche en santé environnement de la région ;
- un échange entre les participants chercheurs, acteurs, décideurs.

2. Deuxième jour : les perspectives

Ce temps d'échange a permis de travailler sur les perspectives de recherche en santé environnementale. L'ambition a été de réfléchir sur les possibilités de collaboration entre chercheurs, acteurs, décideurs, respectueuses des temporalités différentes et de définir les contours des critères d'éligibilité des projets qu'il conviendrait de soutenir pour les territoires et les usagers/patients/citoyens de BFC.

Présentation de projets de recherche

Les chercheurs sont très productifs concernant des travaux ayant un début d'application et il est maintenant nécessaire que les acteurs et décideurs les intègrent dans leur réflexion. Le choix des présentations n'est évidemment pas exhaustif, mais offre une typologie de l'avancement de ces études dans leur transférabilité concrète pour la population. Ainsi, il a été décidé d'étudier trois programmes de recherche dont les résultats ont donné lieu à une publication scientifique, et/ou une valorisation et une intégration dans l'aide à la décision et/ou l'appropriation et l'utilisation pour un changement de pratiques.

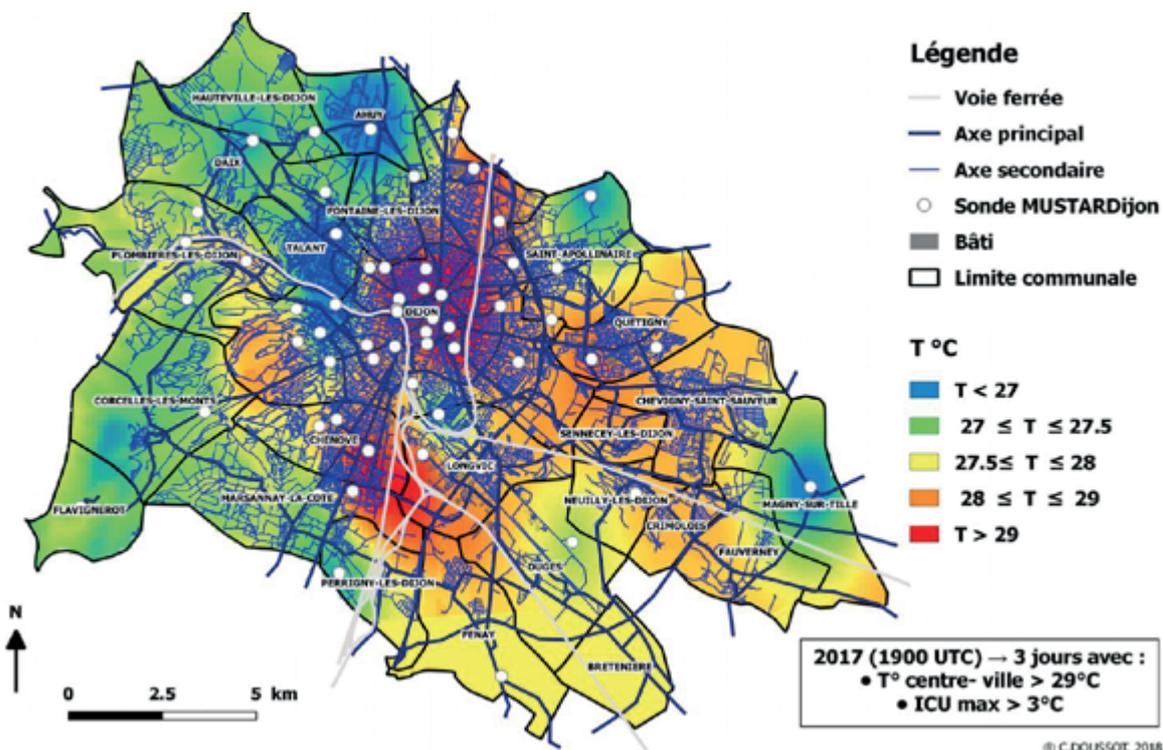
Santé en milieu rural : M. Clément Prévitali (Association Santé Éducation Prévention sur les Territoires Franche-Comté/Bourgogne ASEPT FCB) Cf. ANNEXE 1 p. 91

Le premier projet est porté par la Mutualité sociale agricole (MSA) et concerne la santé dans un environnement rural et plus particulièrement en milieu agricole. Il s'agit d'une démarche de collaboration avec des chercheurs du CHU de Besançon et de l'Université de Franche-Comté, structurée initialement il y a plus de 30 ans à partir de la pathologie du poumon de fermier. Elle s'est enrichie de l'étude de l'échinococcose alvéolaire et du risque suicidaire. Elle s'est construite dans l'esprit de la recherche-action autour d'un réseau humain de partage et par le développement conséquent d'actions sur le terrain (dont les dépistages) et de supports d'information et de communication dans une dimension participative intégrant les populations concernées.

La présentation complète de M. Clément Prévitali est disponible en Annexe 1.

Le deuxième programme porte sur la thématique des îlots de chaleur à Dijon. Il interroge l'adaptation au changement climatique. Un partenariat Dijon Métropole / Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie - ADEME / Université de Bourgogne a permis de déployer un réseau de mesures MUSTARDijon (opérationnel depuis 2014). Les différents enjeux sont par exemple de définir les seuils de déclenchement de l'alerte canicule et de prendre en compte les îlots de chaleurs urbains dans les aménagements.

Figure 10 : Dijon, carte des relevés de température à 21h.



La présentation complète de M. Yves Richard est disponible en Annexe 2.

Urbanisme et exposition environnementale : exemple de l'exposition au bruit, Mme Héléne Houot, Laboratoire ThéMA, Université de Bourgogne – Franche-Comté (Mme Houot étant excusée, la présentation a été faite par M. F Mauny) Cf. ANNEXE 3 p. 110

Le troisième programme a pour titre « Urbanisme et exposition environnementale : exemple de l'exposition au bruit ». Les résultats présentés sont issus de la connexion d'un modèle de simulation de développement urbain à 30 ans avec un modèle de prédiction du bruit dans l'environnement. Trois *scenarii* de développements urbains ont été exploités afin d'estimer pour chacun d'eux l'exposition au bruit environnemental de la totalité de population de la Ville de Besançon. Cette démarche combinant différents outils de prédiction se place au carrefour de la recherche et de l'utilisation des connaissances dans l'aide à la décision. Il permet d'évaluer l'impact potentiel des décisions concernant les futurs développements urbains et contribue à l'élaboration du Plan Local d'Urbanisme.

Parmi les perspectives envisagées :

- combiner cette approche avec une démarche d'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) ;

- prendre en compte les dimensions sensibles et perceptives de l'environnement sonore (paysage sonore/paysage visible) dans les démarches d'aménagement urbain.

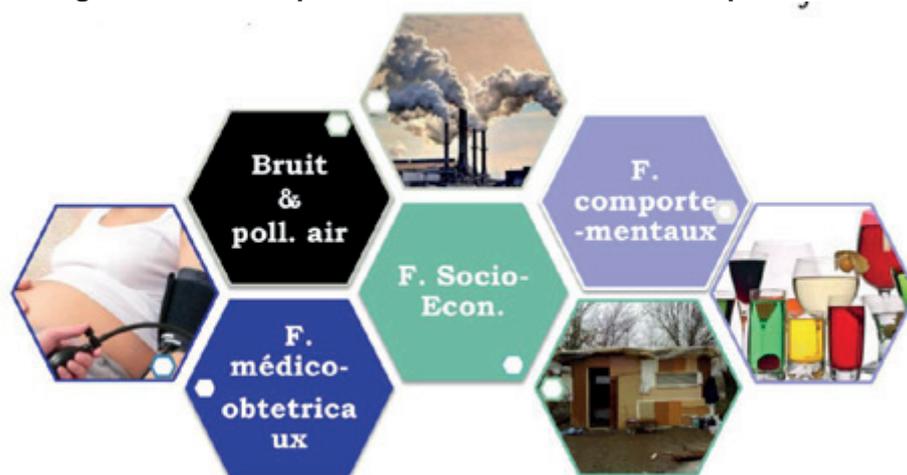
La présentation complète de Mme Hélène Houot est disponible en Annexe 3.

Périnatalité et multi exposition environnementale, M. Frédéric Mauny, Laboratoire Chrono-environnement, Université de Franche-Comté / CHU de Besançon

Cf. ANNEXE 4 p. 128

Le dernier programme présenté s'intitule « Périnatalité et multi exposition environnementale bruit et pollution de l'air », et concerne la Ville de Besançon et l'Agglomération de Dijon. Reposant sur les données de plus de 10 000 naissances, il étudie la prématurité, la croissance fœtale, la tension artérielle maternelle et la notion de vulnérabilité. Les résultats obtenus permettent d'établir un lien entre, d'une part, la vulnérabilité des populations, et d'autre part, l'effet du bruit et de la pollution de l'air sur leur santé. Ainsi, pour les niveaux observés d'expositions faibles à modérés, des femmes enceintes et en bonne santé ne rencontreraient pas de problèmes, tandis que d'autres connaissant des grossesses à risque subiraient les effets du bruit et de la pollution de l'air. Entrent ici en jeu des notions d'inégalité et de vulnérabilité individuelles. Ces travaux devraient contribuer à définir un score permettant de mieux définir le niveau de risque auquel sont soumises les femmes enceintes et d'adapter leur suivi.

Figure 11 : Représentation des multi expositions durant la grossesse



La présentation complète de M. Frédéric Mauny, est disponible en Annexe 4.

Atouts et Contraintes : synthèse issue de ces présentations et de la discussion qui en a suivi

Des temporalités différentes alors que les problèmes sont parfois urgents

La première contrainte est celle de la différence entre le temps de la recherche et le temps dont dispose les acteurs ou les décideurs. Pour être reconnues, la compétence et la reconnaissance d'un chercheur ou d'une équipe de recherche sur une thématique nécessitent souvent une dizaine d'année. De l'idée de la recherche à la validation des résultats par une publication scientifique, en passant par l'obtention des moyens (le plus souvent financiers), puis la mise en œuvre du projet, il n'est pas rare que quatre à cinq années s'écoulent.

Se pose alors la question du traitement des urgences, celle de la décision, celle de la mise en œuvre de l'action et celle de la réponse à apporter à l'inquiétude des citoyens, dont l'illustration peut être apportée par la confrontation des notions de crise sanitaire et de crise médiatique. Selon

l'actualité, les décideurs, mais également la population elle-même, peuvent attendre des résultats et des solutions très rapides, notamment dans le domaine de l'environnement, alors que la mission des chercheurs est d'apporter une réponse étayée par des faits scientifiquement établis, ce qui implique du temps et une démarche rigoureuse.

Une expression et des territoires différents

De plus, les éléments de discours des politiques, des chercheurs et des acteurs ne sont pas les mêmes. Par ailleurs, les attentes des patients/usagers/citoyens peuvent diverger si le langage, la vision et/ou les intérêts ne sont pas partagés. Si chacun s'exprime différemment, l'incompréhension est donc un risque majeur. En outre, chaque acteur poursuit ses propres objectifs. Il est enfin difficile de transposer les connaissances d'un territoire à un autre. Par exemple, sur un territoire rural donné, si l'illustration utilisée pour la démonstration provient des connaissances établies dans une grande ville éloignée, le message aura moins d'impact que des données concrètes établies sur place. Il est regrettable que les travaux de recherche soient particulièrement focalisés sur certains territoires et notamment les grandes villes.

Les chercheurs sont contraints de développer des travaux dont la dimension universelle, ou du moins transposable, donne toute la valeur aux connaissances produites. Or, à l'inverse, pour les décideurs ou acteurs locaux, la dimension spécifique de la situation étudiée donne toute son importance aux résultats obtenus. C'est tout le paradoxe de la volonté d'utiliser des travaux de recherche dans la décision et l'action sur un territoire restreint.

Réduire ce paradoxe, rendre compatible les objectifs et missions de chacun, rapprocher l'universel et l'enjeu local, le temps de la recherche et les contraintes du quotidien, voilà les enjeux à relever et l'ambition que doit porter un Pôle ancré dans une région particulière, celle de Bourgogne – Franche-Comté.

Une valorisation insuffisante...

Par ailleurs, on constate un manque de visibilité des résultats scientifiques de ces programmes. Même après publication et transmissions des résultats auprès de certains acteurs, ils restent peu utilisés dans l'aide à la décision et l'action locorégionales. De même, on constate un faible niveau de transférabilité des compétences professionnelles de la recherche auprès des acteurs concernés par ces problématiques. On peut enfin regretter que trop peu de formations comportent un volet santé-environnement.

...mais des atouts pour notre région

La recherche en santé-environnement en Bourgogne – Franche-Comté comporte beaucoup d'atouts. En effet, les sujets de recherche sont nombreux et de qualité, portés par des équipes volontaires pour travailler ensemble et dont certaines ont déjà entrepris des collaborations fructueuses ayant abouti à des réalisations concrètes sur le terrain. Aujourd'hui, ce sujet préoccupe tous les acteurs, ce qui n'était pas le cas il y a dix ans. Le monde de la santé se préoccupe maintenant de la dimension environnementale. Des liens entre acteurs/décideurs et chercheurs existent, la dynamique est lancée mais il convient de l'amplifier et de la généraliser.

Éducation et prévention

Lors des échanges entre participants, le groupe a distingué l'aspect réactif suite à la mise en évidence d'une problématique de santé environnementale de l'aspect préventif. L'enjeu de la formation et de l'éducation des citoyens est majeur, mais pour être efficace et toucher la population, la formation doit faire sens. Elle doit s'inscrire dans une démarche durable et reposer sur des exemples concrets, proches des réalités de terrain vécues par les habitants. En effet, « *savoir n'est pas faire* ».

Les résistances aux changements individuels et collectifs ont par ailleurs été évoquées en insistant sur la nécessité de faire évoluer les pratiques sociales dans le champ de la prévention.

Mme Adeline Bernier, Conseil Régional BFC et M. Bruno Maestri, ARS BFC

La thématique santé-environnement en Bourgogne – Franche-Comté révèle des inégalités territoriales (vulnérabilité énergétique, habitat indigne...) mais également des dynamiques locales importantes (Contrats locaux de santé, Plan climat, territoire à énergie positive...).

La réponse régionale s'appuie sur le PRSE 3 multipartenarial (ARS, région BFC, ADEME, Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement - DREAL) organisé autour des cinq axes stratégiques suivants (eux-mêmes déclinés en 55 actions) :

- l'eau dans son environnement et au robinet ;
- habitat et environnement intérieur ;
- qualité de l'air extérieur et santé ;
- cadre de vie et urbanisme ;
- dynamiques territoriales et synergies d'acteurs.

La vidéo de présentation du PRSE 3 est disponible en ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=0-gLQ5TtHtg>

Le PRSE 3 dispose de leviers pour mobiliser les territoires volontaires, les opérateurs régionaux et d'appels à projets pour accompagner la transition sanitaire et environnementale. Trois de ces appels à projets ont été présentés afin d'illustrer les déclinaisons concrètes de l'approche multipartenariale.

Les perturbateurs endocriniens

Quatre projets ont été retenus et financés. Ils comprennent tous des éléments entraînant un changement de pratiques et une éviction des perturbateurs endocriniens et faisant appel à des coopérations entre professionnels et collectivités :

- le Conseil départemental de la Nièvre (diminution des perturbateurs au sein des crèches) ;
- la Ville de Dijon (démarche transversale intégrant tous les services de la collectivité pour ne plus utiliser de produits contenant des perturbateurs endocriniens) ;
- le Groupement des Professionnels de Santé du Grand Ouest Dijonnais (le GPS GOD effectue une sensibilisation de l'ensemble des cibles à l'échelle du territoire : professionnels de santé, jeunes parents, assistante maternelle, lieux accueil des jeunes enfants, ...) avec la communauté de communes de l'ouest Dijonnais ;
- la Mutualité Française de Bourgogne – Franche-Comté (déploiement d'ateliers « à la recherche du bon air », adaptés et ciblés sur les perturbateurs endocriniens, au sein des établissements scolaires en BFC).

Développer les projets favorables à la santé environnementale dans les territoires

Cet appel à projets proposait aux collectivités territoriales d'intégrer une dimension santé (notamment les déterminants de santé) dans des projets déjà existants :

- la communauté de communes du Grand Autunois (projet sur un quartier prioritaire de la ville avec proposition d'inclure les questions d'alimentation saine et de précarité énergétique) ;
- le Grand Belfort (mobilisation sur la pollution de l'air aux abords des écoles).

Deux projets nécessitent d'être précisés et sont accompagnés en ce sens par l'ARS, la DREAL et la Région :

- le Grand Besançon (projet de plan alimentaire territorial) ;

- le Grand Dijon (Territoire d'Intérêt Grand Ambition - TIGA : plan alimentaire).

On peut constater l'absence de réponses de collectivités rurales. L'objectif de cet appel à projets est aussi de faire prendre conscience aux collectivités que les questions de santé les concernent. Une ingénierie de projet adaptée doit leur être proposée.

Mobiliser des collectivités sur leurs projets d'aménagement favorable pour la santé des bénéficiaires

Malheureusement, cet appel à projets n'a pas obtenu de réponse. La question se pose de la compréhension des mesures d'Évaluation d'Impact pour la Santé (EIS), démarche qui nécessite une équipe et une ingénierie complète. Il y a également peut-être eu un défaut de communication et de pédagogie sur l'EIS. La question de la temporalité est également cruciale.

La présentation complète de Mme Adeline Bernier et M. Bruno Maestri, est disponible en Annexe 5.

Propositions en lien avec les futures activités possibles du Pôle

Le groupe a formulé quatre propositions, indissociables les unes des autres.

Mobiliser des financements via un appel à projets

Il convient d'élaborer dès 2019 un appel à projets avec des critères d'éligibilité choisis et qui intègre l'ensemble des prérequis de construction et de futures collaborations opérationnelles.

Une vigilance particulière devra être portée aux points suivants :

- ne pas prédéterminer un choix de thématiques de recherche mais être attentif à un équilibre entre les opportunités offertes par les équipes de recherche déjà investies sur le territoire BFC et les besoins qui pourraient être identifiés ;
- respect des missions de tous les acteurs concernés notamment par la constitution d'un groupe projet pluriel ;
- organiser le suivi ;
- développer une stratégie de valorisation et de communication des résultats (livrables pertinents).

Sur le plan financier, il pourrait être envisagé que chacun des contributeurs actuels redirige ses moyens vers l'appel à projets plutôt que de solliciter de nouveaux fonds.

Rendre les informations accessibles

Cela implique pour les acteurs :

1. le partage des visions et besoins de chacun ;
2. l'identification des compétences et expertises des équipes de recherches, ainsi bien sûr que de leurs thématiques de recherche ;
3. la connaissance du terrain et des populations ;
4. des connaissances produites et ancrées dans les territoires BFC ;
5. l'identification des besoins des territoires auxquels l'on souhaite s'adresser ; les ressources devront non seulement être accessibles mais aussi et surtout compréhensibles pour tous les acteurs des territoires concernés.

Développer le courtage dans les territoires

Les opérateurs locaux qui connaissent les problématiques de leur secteur peuvent capter les signaux et assurer les fonctions, d'une part, de relais des ressources de leur territoire, et d'autre

part, d'ambassadeurs des démarches du Pôle. Cela nécessite cependant d'améliorer le maillage et les réseaux existants.

Repenser la valorisation

La valorisation des projets de recherche financés doit être revisitée tant sur le fond que sur la forme. Force est de constater qu'aujourd'hui, les résultats sont peu utilisés. Pour les décideurs, les rapports remis en fin de projet de recherche sont parfois difficiles à retranscrire de manière concrète. Il s'avère absolument nécessaire de réfléchir aux différents livrables demandés lors de l'acceptation du financement du projet : supports plus légers, plus compréhensibles et diffusables. Une des clefs réside probablement dans la multiplication des supports (mais avec une structuration similaire garantissant l'identité) : publication dans une revue scientifique quasi incontournable, mais également plaquette synthétique, outil numérique (ex. portail en ligne)... Un véritable kit méthodologique pourrait être conçu pour favoriser et accompagner la démarche de courtage des connaissances.

De manière plus générale et dans l'idée de favoriser le travail en multidisciplinarité, il est recommandé d'intégrer l'approche des sciences humaines et sociales dans la conception et la conduite des projets car elles sont susceptibles de contribuer à améliorer les données.

Participants

- **Pierre Billet**, Directeur de la Cellule Académique de Formation Continue, GIP Formation tout au long de la vie.
- **Céline Braillon**, Cheffe de département démarches développement durable, Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Bourgogne – Franche-Comté.
- **François Clinard**, Épidémiologiste à la cellule d'intervention en région Bourgogne – Franche-Comté, Santé publique France.
- **Emmanuelle Faivre**, Chargée de mission référente en Sciences humaines et sociales, Cancéropôle EST.
- **Arnaud Germe**, Directeur des études, Agence d'urbanisme Sud Bourgogne
- **Clément Pouponneau**, Coordonnateur du Réseau de Recherche et d'Innovation sur la Transition socio-écologique, Maison des sciences de l'homme de Dijon.
- **Carole Pornet**, Médecin de santé publique, Pôle Prévention Promotion de la Santé, Direction de la Santé Publique de l'ARS Normandie.
- **Clément Prévitali**, Directeur de l'Association santé éducation et prévention sur les territoires Franche-Comté/Bourgogne (ASEPT), Chargé de mission à la Mutualité Sociale Agricole (MSA).
- **Yves Richard**, Professeur, responsable d'équipe, Centre de Recherche en Climatologie Biogéosciences.
- **Jean-Luc Saublet**, Directeur Régional Délégué, Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie Bourgogne – Franche-Comté.
- **Francis Schweitzer**, Directeur, Atmo Bourgogne – Franche-Comté, association de surveillance de la qualité de l'air.
- **Martine Sfeir**, Chargée de mission Territoires durables et Santé environnementale, Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie Bourgogne – Franche-Comté.
- **Claude Tillier**, Responsable, Épidémiologiste à la cellule d'intervention en région Bourgogne – Franche-Comté, Santé publique France.
- **Valérie Trivier**, Documentaliste - gestion de l'information et des ressources, Alterre Bourgogne – Franche-Comté - Agence régionale pour l'environnement et le développement soutenable.

Atelier Recherche sur les services et l'offre de santé

Responsables et animateurs

- **Christine Binquet**, Professeure de santé publique, UFR des Sciences de Santé, Université de Bourgogne
- **Nadia Ghali**, Cheffe du Département accès aux soins primaires et urgents, Direction de l'offre de soins, ARS Bourgogne – Franche-Comté
- **Christophe Rohrbach**, Directeur médical, Fédération des maisons de santé et de l'exercice coordonné de Bourgogne – Franche-Comté

Introduction et objectifs

Cet atelier a tout d'abord cherché à faire le bilan des initiatives et innovations concernant la recherche en organisation des services et de l'offre de santé. L'accent a été mis sur les soins primaires et la promotion de la santé, développés en Bourgogne – Franche-Comté (BFC). Il s'agissait de mettre en regard de ces recherches, menées dans ces différents domaines, les projets nationaux et internationaux qui pourraient contribuer à faire évoluer l'offre de santé régionale. Il a été signalé l'importance de tenir compte des possibilités de transfert et de courtage des connaissances.

Ce bilan avait aussi pour objectif d'identifier les collaborations déjà opérationnelles entre acteurs de terrain, décideurs et chercheurs. Il s'agissait d'explorer les coopérations qui mériteraient d'être soutenues et enrichies, afin de développer de nouvelles recherches interventionnelles.

L'atelier devait également permettre de dégager les thématiques prioritaires qui pourraient faire l'objet d'un appel à projets spécifique au niveau régional ou d'un accompagnement pour répondre à des appels à projets nationaux ou internationaux existant.

Grands axes à traiter

Deux sujets ont été abordés :

- la coordination et les dimensions organisationnelles des services et de l'offre de santé ;
- la démocratie en santé et la participation des populations.

De façon transversale, il avait été demandé aux participants de prendre en compte les questions liées à :

- la situation des personnes fragiles sur le plan socio-économique ou médical et/ou éloignées géographiquement de l'offre de soins et de santé ;
- les apports de la e-santé et du numérique ;
- la dimension économique de la santé, sa régulation budgétaire et des éventuels transferts entre différentes enveloppes.

Il a été rappelé l'importance de faire converger les orientations retenues en matière de recherche entre, d'une part, les priorités de santé publique régionales, et d'autre part, les thématiques de recherche des équipes de recherche en Bourgogne – Franche-Comté.

Déroulement de l'atelier

Un document annexe présentant le contexte national actuel sur les thématiques d'intérêt avait été remis aux participants en amont de l'atelier (cf. *Infra* - Contexte et documentation).

Les participants de cet atelier ont été séparés en 2 demi-groupes pour travailler sur ces thématiques. Dans chaque demi-groupe les participants se sont présentés lors d'un tour de table avant de commencer à travailler selon la technique du tour de table des idées.

Ils ont été invités à réfléchir sur les nouvelles organisations, les innovations d'autre nature, les travaux en cours en région, notamment pour les soins primaires (ou premiers). Afin de répondre aux questions qui pourraient émerger, il leur a également été demandé de prendre en compte les multiples disciplines qui nourrissent la recherche en santé publique et de considérer les modalités d'interrogation de toutes ces disciplines. L'accent a été mis sur l'aspect collaboratif du travail qui leur était demandé et l'importance du croisement de leurs regards.

Constats

La première demi-journée visait à mettre en perspective les actions, recherches et collaborations déjà mises en œuvre sur les services et l'offre de santé en Bourgogne – Franche-Comté. Il s'agissait notamment de faire le bilan :

- des innovations organisationnelles d'offre de santé mises en place, des évaluations déjà réalisées et des perspectives de transférabilité à d'autres territoires, avec une attention particulière autour de deux dimensions importantes :
 1. l'acceptabilité et les conséquences pour les usagers et les professionnels de santé ;
 2. l'efficacité au sens médico-économique.
- des collaborations déjà instaurées pour ces recherches, avec une forte dimension pluridisciplinaire.

De nombreux constats ont été recueillis. La recherche sur les services et l'offre de santé fait déjà l'objet de multiples réflexions (cf *Infra* – Contexte et documentation). Il existe une grande richesse des politiques et des initiatives locales et régionales. Les enjeux de ces démarches sont très diversifiés : la démocratie en santé, l'éthique, l'*empowerment*, la responsabilité, le maintien à domicile, la confidentialité des données, la sécurité-qualité des soins ou encore la réduction des inégalités. Ces démarches ont fait émerger des questionnements quant à la nécessité d'un langage partagé, d'une co-construction, d'une temporalité compatible avec la recherche et aux modalités de valorisation et de transfert.

Ces projets s'inscrivent souvent dans des politiques publiques relevant de la Stratégie nationale de santé²² et/ou du Projet régional de santé²³ : Contrats locaux de santé, plateformes de télémédecine, dossier médical partagé et outils en e-santé, commission des soins départementale/antennes, article 51²⁴...

22. Ministère des Solidarités et de la Santé. *La stratégie Nationale de Santé 2018-2022*. DICOM : 2017. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

23. ARS BFC. *Projet Régional de Santé 2018-2028*. ARS BFC : 2018. En ligne : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/prs-2018-2028-0>

24. DGOS. *Expérimenter et innover pour mieux soigner*. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article-51>

L'article 51 de la Loi de finances de la Sécurité sociale 2018 autorise les acteurs à pouvoir déroger à des règles d'organisation ou de financement pour proposer un mode de fonctionnement nouveau. Lorsqu'elle le présente, Mme la Ministre des Solidarités et de la Santé affirme que l'article fera « sauter les verrous » rencontrés usuellement lors de la mise en place d'une innovation. Les acteurs sont invités à lui proposer, via les ARS, des organisations innovantes de prise en charge des usagers, ainsi que des financements. Cette autorisation prend la forme d'une expérimentation. Le Ministère financera ces propositions pendant cinq ans.

La mise en œuvre concrète dans la région repose sur l'écriture d'une lettre d'intention par les promoteurs destinée à l'ARS. L'Agence étudie ensuite la pertinence du projet et reviendra vers les promoteurs afin de construire un cahier des charges. Celui-ci est ensuite transmis au Ministère des solidarités et de la santé, qui peut décider de le financer. L'ARS Bourgogne – Franche-Comté a d'ores et déjà sélectionné cinq projets. Le premier est celui du CHU de Dijon, DIVA, qui porte sur le suivi des patients ayant subi un accident vasculaire cérébral ou un infarctus du myocarde.

Claude MICHAUD

Le constat est fait d'une grande richesse d'initiatives en promotion de la santé et pour l'amélioration de la coordination des acteurs de terrain. Les projets vont de la recherche conceptuelle à l'appui à la décision publique en passant par la recherche interventionnelle. Ils portent par exemple sur l'étude des représentations et des perceptions des usagers et des professionnels vis-à-vis d'actions de santé, les déterminants des choix des personnes vers telle ou telle prise en charge/parcours de soins, les relations soignant/soigné/aidant dans différents contextes, ainsi que la qualité de vie des personnes. Les besoins de santé, l'accessibilité de l'offre de soins, la pertinence des dispositifs et parcours de soins, ainsi que les inégalités sociales et territoriales de santé sont également questionnés.

Il existe de nombreux outils mobilisables et adaptables selon les besoins de la recherche. En effet, les recherches s'appuient aussi bien sur les outils de l'épidémiologie que des sciences sociales et sont de plus en plus souvent de nature mixte. Elles peuvent s'appuyer sur l'utilisation des données du Système national des données de santé ou reposer sur des enquêtes spécifiques. Les recherches mobilisent des outils de la e-santé, des réseaux sociaux ou des outils de repérage ou d'alerte. Le numérique est un outil puissant qui peut permettre de faire remonter les besoins des usagers. Il est reconnu que ces outils doivent être sécurisés et leur utilisation pose encore de nombreuses questions éthiques et réglementaires. Ces solutions numériques doivent être adaptées à chaque problématique.

Le conseil méthodologique est déjà déployé par de nombreux chercheurs et acteurs. Il s'agit même d'un travail quotidien pour l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), l'Observatoire régional de la santé (ORS) ou les Centres d'investigation clinique (CIC), mais ces structures interviennent la plupart du temps de façon isolée alors que la mise en synergie de leurs compétences complémentaires permettrait d'appuyer le développement, par les acteurs de terrain, de recherches interventionnelles plus ambitieuses et plus cohérentes au sein de la région.

Quelques exemples cités

- *Analyse économique de la régulation de la prescription médicamenteuse : faisabilité et pertinence des Cercles de Qualité médecins-pharmaciens dans l'organisation des soins primaires en France.*

Ce projet questionne l'intégration du pharmacien en soins primaires (dans les Maisons de santé pluriprofessionnelles) notamment pour la coordination des soins sur les questions de thérapeutique. Il s'agit du sujet de thèse de Florent Macé, Doctorant ED au LEDi, UFR des Sciences de Santé de Dijon. Il est actuellement en cours à la MSP de Tournus.

- *Accompagnement méthodologique par les équipes ressources des Maisons de santé pluriprofessionnelles (facilitateurs), projet ERRAMS (Équipe Ressource Régionale en Appui aux Maisons de Santé pluriprofessionnelles)*

Une équipe régionale ressource vient en appui aux équipes de soins primaires coordonnées pour la mise en place de leurs projets dans 10 maisons de santé pluriprofessionnelles. Le projet offre un accompagnement par des facilitateurs pour améliorer leur projet (niveau 1 ou 2 en fonction de l'ancienneté du projet). L'évaluation de cette expérimentation permettra, entre autres, de clarifier quels sont les besoins des équipes de soins primaires pour construire une coordination, des coopérations interprofessionnelles.

- *Appui du maintien à domicile (Pôle de gérontologie et d'innovation de Bourgogne – Franche-Comté)*

Les travaux du projet « Fragire »²⁵ ont été réalisés à la demande des caisses de retraite (projet interrégime) dans un contexte de rationalisation des dépenses. Elles étaient demandeuses d'un outil dédié à l'évaluation des besoins des personnes âgées à domicile. Une première étape de développement de la grille a eu lieu puis son caractère prédictif a été validé lors d'une étude de cohorte prospective multicentrique²⁶. Son utilisation a donné lieu à des évolutions des pratiques professionnelles (sur la question du repérage du suicide, de la dépression, et des troubles cognitifs...) et a abouti à l'ouverture d'un diplôme universitaire pour former les évaluateurs en poste (création en lien avec les chercheurs pluridisciplinaires : sociologues, psychologues, épidémiologistes et médecins). Donc un projet qui s'est révélé fédérateur et structurant pour les professionnels de santé.

25. Moesch I. Ferrer E. *Perspectives de la grille FRAGIRE*. PGI BFC : 2018. En ligne : www.pole-gerontologie.fr/documents/Poster%20PGI%20-%20Fragire.pdf

26 Moesch I. *Le repérage et l'évaluation de la fragilité des retraités dans les politiques de prévention CARSAT : l'approche FRAGIRE*. 1er Congrès de la Société Francophone de Psychogériatrie et de Psychiatrie de la Personne Âgée (SF3PA). SF3PA : 2018. En ligne : <http://sf3pa-congres.com/wp-content/uploads/2019/01/MOESCH-SF3PA-de%CC%81marche-FRAGIRE-0918.pdf>

DU COTE DE LA SUISSE

Les questions d'accès aux soins sont également au cœur des préoccupations avec des développements de dispositifs pour publics spécifiques. Par exemple, c'est le cas concernant les migrants et la mobilisation des professionnels de soins primaires dans la communauté (coordination et représentations autour des soins). Une évaluation médico-économique et de la transférabilité du dispositif a été réfléchi.

Il existe un appel à projets fédéral portant sur la transformation du système de santé et l'évaluation des dispositifs de coordination en soins primaires.

La participation des populations est assez présente : des représentants des usagers siègent au grand conseil et ont la possibilité de réformer la loi, de présenter des initiatives, de donner leur avis. Il existe un projet de recherche partenarial, « Quartier solidaire », avec la population et l'Université de Lausanne. Porté par une association de personnes âgées, l'objectif de ce projet était de recueillir les besoins en santé du quartier, d'établir un plan d'action et de déboucher ou non sur des propositions concrètes qui pouvaient être soumises aux élus.

Les leviers identifiés pour une recherche sur les services et offres de santé au service de la population en BFC

Un des facteurs limitant pour que les chercheurs s'engagent dans des projets de recherche réellement pluridisciplinaires est la difficulté à publier ces travaux dans des revues à comité de lecture (souvent monodisciplinaires). Il s'agit d'un vrai défi à relever pour les équipes de recherche qui sont évaluées sur leur capacité à publier et à être concurrentielles vis-à-vis des équipes étrangères. Malgré cela, l'envie de travailler sur des questions de recherche complexes, nécessitant des apports de plusieurs disciplines est présente.

Les différentes temporalités dans lesquelles s'inscrivent les projets des uns et des autres est un élément majeur à considérer lors des interactions entre acteurs, chercheurs et usagers.

« Il est nécessaire de tenir compte des différences afin que chacun trouve son compte dans un projet commun. »

L'urgence avec laquelle le citoyen souhaite avoir des réponses peut constituer une difficulté, et les décideurs ont aussi besoin de réponses dans un délai relativement court par rapport au temps nécessaire au chercheur pour aboutir à des résultats potentiellement transférables. La recherche d'un langage commun - entre les acteurs, les chercheurs, les citoyens, les patients, les organisations - est un processus qui permet le partage et la compréhension des enjeux de chacun. Ceci est essentiel pour le développement d'une recherche pertinente. La valorisation de la participation des acteurs de terrain, d'une part, et le transfert des compétences de recherche vers ces derniers, d'autre part, sont également des facteurs qui ont été relevés comme importants pour favoriser les collaborations les plus fructueuses. La sensibilisation de décideurs aux outils de la recherche et réciproquement, des chercheurs aux missions des décideurs, est également à envisager.

Le respect du rôle de l'utilisateur (quel que soit son statut : patient, citoyen ou contribuable) est un attendu de la part des chercheurs et des décideurs. Ils souhaitent tous mettre l'utilisateur au centre du système de santé et constituer une collectivité autour de celui-ci. Ainsi, l'implication de l'utilisateur le plus en amont possible des projets de recherche en santé publique apparaît comme un levier important pour atteindre un niveau de participation optimal.

En résumé

- De très nombreuses recherches sont menées en BFC dans le domaine de la santé publique sur des thématiques diversifiées allant de la recherche conceptuelle à des recherches contribuant à la décision publique et cela malgré la difficulté de valoriser au niveau disciplinaire ces recherches transversales complexes.
- Un certain nombre d'équipes académiques, d'acteurs de terrain et de décideurs ont développés des partenariats, mais cette dynamique doit être renforcée ; la recherche d'un langage commun, d'une véritable co-construction des recherches et le courtage de connaissances sont autant de leviers pour favoriser les collaborations les plus fructueuses. L'utilisateur est au centre des préoccupations, mais il doit être plus largement intégré dans le développement des recherches.
- Des plateformes d'appui aux compétences complémentaires existent ; le Pôle pourrait permettre leur mise en synergie de façon à optimiser leur efficacité dans l'accompagnement d'une recherche interventionnelle cohérente au sein de la région.

Perspectives

La deuxième demi-journée avait pour but de dégager les priorités :

- de recherches autour des programmes s'avérant les plus pertinents au regard des besoins de santé de la population et de leurs évaluations ;
- pour de nouveaux axes de recherche interventionnelle qui pourraient faire l'objet d'un appel à projets régional ou d'un accompagnement par les équipes impliquées dans le Pôle, afin de soumettre un projet dans le cadre d'un des appels à projets nationaux.

Le diagnostic partagé pour la région

Afin de réorganiser l'ensemble des constats réalisés précédemment, une représentation des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces en recherche sur les services et les offres de santé a été réalisée (Figure 12).

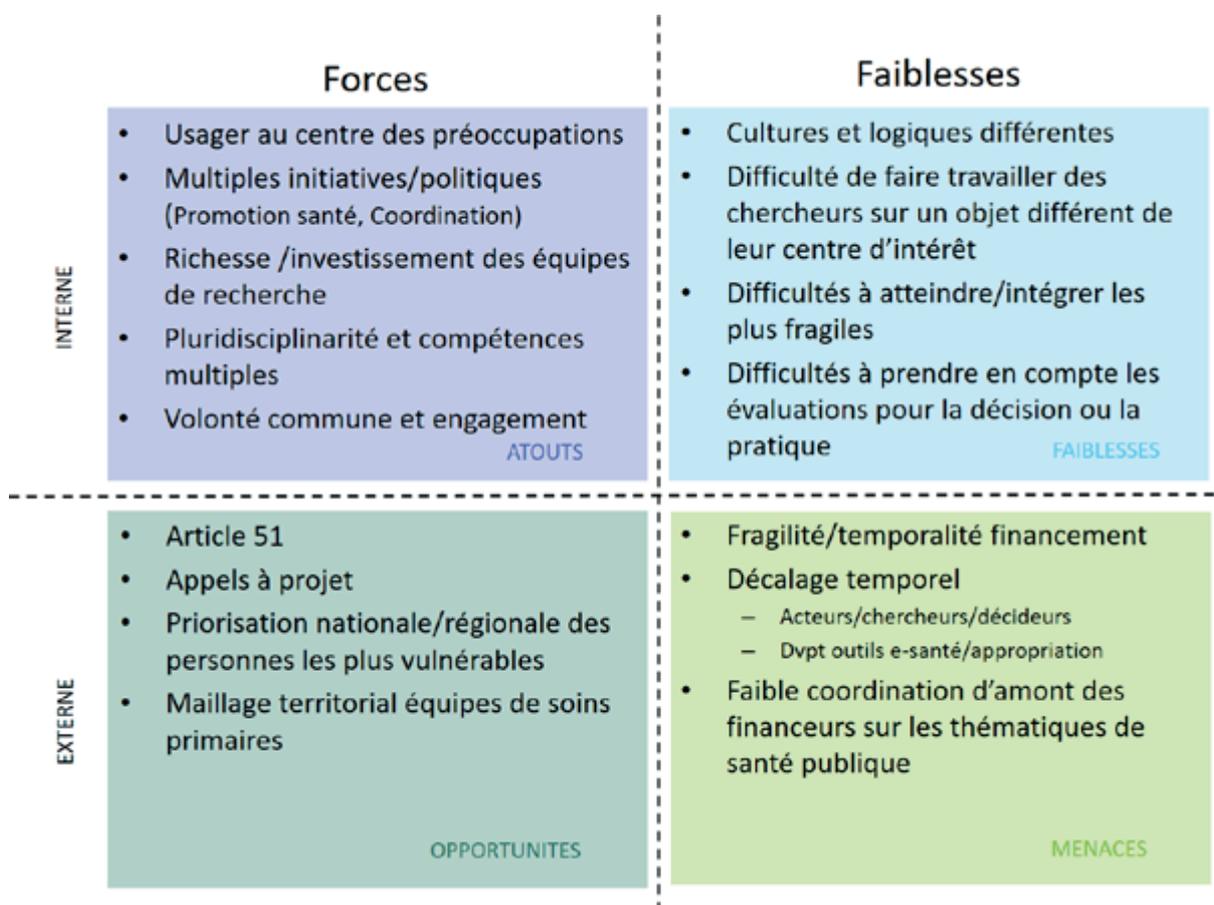
L'utilisateur est placé au centre des préoccupations des projets de recherche et la volonté de mieux organiser les choses a été réaffirmée. Les politiques régionales sont favorables à la promotion de la santé et des soins. La pluridisciplinarité existe, tout comme la volonté commune de s'engager.

Cependant, les services et offres de santé souffrent de plusieurs faiblesses :

- de par des cultures et des logiques différentes, il est difficile de mobiliser les équipes de recherche sur d'autres objets que ceux qui les intéressent et pour lesquels ils sont reconnus au niveau national/international ;
- que ce soit pour les chercheurs ou les acteurs de terrain, il existe des difficultés à intégrer des personnes fragiles dans les recherches (que cette fragilité soit due à une vulnérabilité socio-économique, médicale ou territoriale).

Les participants espèrent que les appels à projets disponibles au niveau national seront reproduits au niveau régional. Un maillage territorial est d'ores et déjà opérationnel. Face à la fragilité et la temporalité des financements, le Pôle représente l'opportunité de mieux comprendre les contraintes de chacun et de faciliter certaines actions communes. En outre, un décalage existe entre la rapidité de développement des outils de santé et notre capacité à les intégrer et à les utiliser pour la population. De plus, les financeurs ne sont pas parfaitement coordonnés en amont des projets, ce qui constitue une difficulté supplémentaire pour orienter au mieux les innovations.

Figure 12 : Représentation des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces en recherche sur les services et les offres de santé



Les priorités pour l'avenir de la recherche sur les services de santé

La recherche sur la coordination des soins

Pour améliorer la coordination des soins, la communication ville-hôpital doit être améliorée, l'enjeu est de faciliter la transition de l'un à l'autre. Avec le raccourcissement des séjours à l'hôpital, la transition entre l'hôpital et le domicile est difficile. Il faut définir et tester de nouveaux modes de coordination, en s'inspirant d'autres systèmes de santé. Il est important de varier les angles d'interrogation et de positionner les personnes non seulement comme usager, mais aussi en tant que citoyen. La formation des acteurs de terrain est également primordiale, ainsi que celle des usagers pour pouvoir mener ce type de recherche.

L'accompagnement et l'évaluation des projets doivent être construits d'emblée. L'identification des freins, des leviers et des impacts sur les territoires est essentielle afin d'identifier la gouvernance, l'organisation interprofessionnelle et le modèle médico-économique les plus optimaux et adaptés à chaque contexte. Une réelle analyse des gouvernances, de l'efficacité et de l'efficience de l'organisation interprofessionnelle est nécessaire. L'étude de la coordination des soins représente un défi méthodologique car les dispositifs sont multiples, et l'innovation et l'expérimentation sont constantes. La mobilisation du réseau national et international, pour développer la recherche sur

les invariants de la réussite est nécessaire. La mobilisation des grandes bases de données, les méthodes mixtes, l'analyse de cas sont autant d'éléments qui permettent de croiser les regards et ainsi de fournir des réponses sur l'intérêt des dispositifs avant leur généralisation.

L'enjeu majeur de la démocratie en santé

Afin de favoriser la démocratie en santé, une préoccupation centrale est l'intégration des usagers/citoyens dans les projets de recherche en organisation/promotion de la santé à toutes leurs étapes de la construction : consultation, co-construction, co-décision.

Les réflexions des deux groupes ont amené à proposer des améliorations pour l'avenir. La première porte sur la démocratie en santé. Il s'agit d'intégrer les usagers à chaque étape des projets de recherche sur l'organisation ou la promotion de la santé. Il est nécessaire d'engager des actions pour les populations les plus vulnérables et précaires et de les impliquer dans l'organisation du système de santé. Il est essentiel de faire converger les intérêts entre institutions, usagers, acteurs et chercheurs malgré des temporalités différentes. Le défi sera de promouvoir et favoriser l'engagement des plus vulnérables, et plus largement d'informer et d'impliquer des populations par rapport à l'organisation et la gradation du système de santé.

Les priorités pour la recherche

- Renforcer l'intégration de la recherche en sciences humaines et sociales : psychologie, sociologie, ethnologie... dans la construction et l'évaluation d'innovations pour :
 - o mieux connaître les attentes et les perceptions des populations ciblées et ainsi identifier les leviers et les freins ;
 - o varier les angles d'interrogation de la population (interroger les personnes en tant que citoyen, contribuable, et usager du système de santé).
- Mobiliser des canaux d'interrogation différents afin d'atteindre les populations vulnérables : public précaire, périnatalité, migrants, personnes en situation de handicap.
- Former des relais pour la recherche : acteurs de terrain, usagers relais (notamment sur la toile), patients experts...
- Développer la recherche sur la e-santé et la télémédecine :
 - o travailler sur des projets visant à favoriser l'appropriation des outils numériques ;
 - o mener une recherche sur les enjeux éthiques.

Un besoin d'outils communs

Il est important de développer des fonctions supports. Accéder aux données, les interpréter et ne pas recueillir des informations existant déjà est essentiel. Une plateforme portée par le Pôle pourrait y contribuer.

L'atelier a permis de mettre en évidence les besoins suivants en fonctions supports qui pourraient être portées/accompagnées par le Pôle :

- favoriser l'accès et donner les clefs de l'interprétation des données existantes en termes de diagnostic santé, de données probantes, d'indicateurs d'évaluation et de suivi (entrepôt de données et appui à l'interprétation des données) ;
- produire et actualiser régulièrement une cartographie des compétences (décideurs, acteurs, chercheurs...) : quelles ressources sont disponibles sur une thématique de recherche (*mapping* des équipes et des objets de recherche, des projets) ? Comment y accéder (identification des référents/interlocuteurs dans chaque équipe) ? Cette cartographie pourrait intégrer un glossaire et des éléments de courtage ;
- accompagner des porteurs de projet (plateforme d'appui) :
 - o fournir de l'aide à la conception, la conduite et la valorisation d'un projet (appui à l'obtention d'un financement compris) ;

- former des porteurs notamment via des retours d'expérience, et/ou via un accompagnement par des pairs.
- développer des cohortes participatives via par exemple une plateforme d'échange citoyens/chercheurs/décideurs ;
- produire des documents et des supports faciles à lire et à comprendre par tous, permettant que chacun puisse s'approprier les projets en cours et les résultats obtenus.

Contexte et documentation

Innovation et expérimentation : quelle place pour la recherche ?

Sur le plan de l'organisation de l'offre de santé, il y a aujourd'hui (et schématiquement) deux modèles qui sont à l'œuvre :

- *Le modèle que l'on peut qualifier de « traditionnel »* pour l'offre de santé libérale, c'est-à-dire les accords conventionnels entre les représentants des professions de santé et l'Assurance maladie. Ils s'appliquent sur l'ensemble du territoire national, à tous les professionnels conventionnés (ce sont les principaux acteurs actuels de notre système de soins, en dehors du monde hospitalier), avec une organisation dédiée très verticale, mais avec tout de même des instances de concertation régionales et/ou locales pilotées par les Caisses d'assurance maladie.
- *Le modèle que l'on peut qualifier de « plus innovant »*, mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation de l'offre, souvent sur une base volontaire (voir militante), parfois avec une dimension expérimentale, concernant un nombre limité de professionnels de santé (même s'il est en nette progression) et des zones géographiques inégalement réparties sur le territoire national. C'est par exemple le cas pour le projet d'expérimentation de paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS)²⁷ ou celui sur l'incitation à une prise en charge partagée (Ipep)²⁸.

Le premier « modèle » relève en quelque sorte du droit commun et constitue une organisation socle répartie de façon assez homogène en France (c'est la règle commune). Le second permet l'innovation mais reste dans un cadre humain et financier plus précaire et ne bénéficie pas à l'ensemble de la population.

Ces deux « modèles » peu perméables (les innovations passent difficilement ou avec lenteur de l'innovation au droit commun : délégation de tâches, télémédecine, éducation thérapeutique du patient...) permettent de poser différentes questions qui ont à voir directement ou indirectement avec des sujets de recherche sur les services et l'offre de santé, particulièrement autour de deux problématiques :

L'innovation et l'expérimentation, principalement en soins primaires, sont encouragées depuis des décennies (notamment avec les premiers réseaux dits « Soubie » ou dans le Programme de Recherche sur la performance du système de soins – PREPS, et même dans le cadre du PHRC-N) :

- Sans que la recherche sur les services et l'offre de santé ait été véritablement mobilisée dans ce contexte d'expérimentation ; c'est en fait, la rhétorique de l'évaluation qui a été souvent mise en avant, avec des conséquences très peu marquées en termes de décisions organisationnelles sur l'offre de santé à venir.
- Sans que la généralisation des dispositifs efficaces soit réelle et corresponde à une offre aujourd'hui de droit commun sur l'ensemble du territoire.

Comment imaginer pour demain, et dans le contexte des orientations proposées par la nouvelle Stratégie nationale de santé « Ma Santé 2022 »²⁹, le Plan national de santé publique³⁰ et le récent

27. DGOS. *Expérimentation de paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS)*. DICOM : 2018. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_webinaire_peps_050618.pdf

28. DGOS. *Article 51 LFSS 2018. Expérimentation IPEPE. L'incitation à une prise en charge partagée*. DICOM : 2018. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_webinaire_ami_070618.pdf

29. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Ma Santé 2022*. DICOM : 2018. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>

30. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Plan national de santé publique : la prévention pour lutter contre les inégalités de santé*. Dicom : 2018. En ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publicque_psnppdf

Projet régional de santé pour la région Bourgogne – Franche-Comté³¹, des interfaces vraiment opérationnelles et utiles à court ou moyen termes entre chercheurs et décideurs/acteurs de santé sur le plan régional ?

La persistance de ces deux modèles et surtout le développement de celui qualifié d'innovant a tendance à creuser les inégalités sociales et territoriales, puisque la multiplication des projets à dimension expérimentale et/ou limitée géographiquement ne touche pas de façon équitable l'ensemble de la population, à la différence des dispositifs de droit commun.

Cette situation pose deux types de questions au niveau de la recherche :

- *Est-il possible de valider l'hypothèse que ces dispositifs innovants en matière d'offre de santé, qui ont émergé fortement au cours de ces dernières années, ont réellement creusé les inégalités sociales et territoriales de santé en région et sur nos territoires ?*
- *Comment effectuer la transférabilité régionale voir nationale de ces dispositifs innovants qui ont fait leur preuve ?*

L'enjeu de la coordination dans les territoires de proximité : comment mettre en œuvre une organisation plus fluide au service de la population ?

Au cours des dernières années, les organisations de proximité ont été stratégiquement mises en avant ainsi que les parcours. Leur but commun : assurer une meilleure réponse aux besoins de santé de la population. Si la définition de ces territoires a été l'objet de nombreuses recherches et débats, avec le concours des géographes de la santé, souvent universitaires, la multiplication des organisations a été vertigineuse. Ces organisations concernent les soins autant que l'action sur les déterminants de santé, ces dernières mesures étant essentielles à l'amélioration du bien-être de la population. Chaque Ministère a sa propre organisation et son propre découpage géographique, et au sein même du Ministère des solidarités et de la santé, la loi de 2016 permet de dénombrer pas moins de 11 dispositifs ou organisations en proximité (le contrat local de santé, l'équipe de soins primaires, la communauté professionnelle territoriale de santé³², le contrat territorial de santé, le pacte territoire santé, le groupement hospitalier de territoire, le contrat territorial de santé mentale, le projet territorial de santé mentale, les plateformes territoriales d'appui, le conseil territorial de santé et le diagnostic territorial partagé). C'est sans compter les Maisons de santé pluridisciplinaires qui ont leurs propres projets de santé. La cohérence de ces organisations est à interroger par rapport aux parcours de santé.

Quelques dispositifs sont relativement bien installés et opérationnels depuis plusieurs années comme les contrats locaux de santé. D'autres sont actuellement fortement mis en avant comme les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Enfin, certains sont de déploiement récent, en particulier les groupements hospitaliers de territoire, mais sont discutés dans de nouveaux rapports (« Mesure 8 : Transformer les Groupements Hospitaliers de Territoire en Établissements Publics de santé de Territoire », Rapport de Pierre Pribile et Norbert Nabet, intitulé « Repenser l'organisation territoriale des soins »³³, rédigé dans le cadre de « Ma santé : 2022 »). Dans ce même rapport, il est évoqué également la nécessité de « Fusionner l'ensemble des dispositifs de coordination des cas complexes au sein des plateformes territoriales d'appui » (Mesure 6). Il est important de préciser que ces sujets sont largement abordés dans le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), intitulé « Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé »³⁴. Enfin, il est nécessaire de rappeler que les questions de démographie médicale sont importantes à prendre en compte dans ces réflexions, avec notamment l'évolution possible des compétences de certains professionnels de santé,

31. ARS BFC. *Projet Régional de Santé 2018-2028*. ARS BFC : 2018. En ligne : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/prs-2018-2028-0>

32. FFMPs. Guide d'aide à la construction d'un CPTS. En ligne : <https://www.ffmps.fr/nos-actions/accompagner-les-cpts/>

33. Ministère des solidarités et de la santé. Repenser l'organisation territoriale des soins https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/masante2022_rapport_organisation_territoriale.pdf

34. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). *Contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé*. France Stratégie : 2018. En ligne : http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_et_rapport_hcaam_2018_-_contribution_a_la_strategie_de_transformati.pdf

notamment les infirmières (pratiques avancées³⁵), mais qui se heurtent souvent à beaucoup de résistance.

Ces organisations et ces évolutions sont complexes, peu compréhensibles et lisibles, tant pour les professionnels de santé et les élus de proximité que pour les chercheurs et la population. Supposées être une des réponses aux inégalités sociales et territoriales de santé, leur opacité ne permet pas aux usagers de s'en saisir. Enfin leur efficacité, leur efficience ou leur transférabilité sont peu explorées. La question de la complexité de l'offre de santé, actuelle ou en devenir (loi santé 2016 et orientations retenues dans « Ma Santé 2022 »), nécessite certainement des recherches autour de ces organisations nouvelles et qui questionnent.

La e-santé et le numérique : quelles recherches à mettre en œuvre pour développer l'usage ?

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) sont émergentes depuis plusieurs décennies. Des solutions reposant sur le numérique ont été imaginées, sont technologiquement disponibles et en théorie parfaitement opérationnelles. Alors que dans de nombreux domaines, elles sont déjà largement utilisées et en expansion constante, les questions de sécurité des données, de validation des outils, de coût ou d'interopérabilité des systèmes (entre autres), gênent leur développement dans le champ de la santé.

La saga du DMP (Dossier médical partagé ou personnel), l'implantation et l'usage retardés de la télémédecine ou le développement lent de la domotique pour faciliter le maintien à domicile des personnes âgées et en situation de handicap, sont trois exemples emblématiques de ces difficultés. Des résistances à l'usage se retrouvent à la fois au niveau des professionnels, mais également chez les sujets concernés (par exemple les personnes âgées) ou leur entourage (les aidants). Elles creusent donc un décalage entre, d'une part, des offres de services potentiellement opérationnelles, innovantes et utiles, et d'autre part, des usages qui restent encore très marginaux.

Il serait donc important de mettre en œuvre des recherches sur les freins et les leviers au développement des outils numériques dans les trois populations évoquées plus haut : les professionnels, les usagers potentiels et leur entourage, en s'appuyant notamment sur les projets réussis. Il est également nécessaire d'étudier les modalités de contournement de ces freins qui peuvent correspondre simplement, malgré les aides financières possibles, à une impossibilité pour les personnes et leurs proches de disposer des équipements nécessaires. Par ailleurs, ces outils ont tendance à changer la relation entre professionnels de santé et usagers ; ce volet là aussi doit être interrogé.

Le transfert des activités et des financements de l'hôpital vers la ville : quelles recherches médico-économiques pour en faciliter sa mise en œuvre ?

Sur le plan hospitalier, la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et la tarification à l'activité ont entraîné toutes les conséquences et les dérives que l'on connaît. Par contre, il est rarement évoqué le transfert purement théorique d'activités hospitalières vers la médecine de ville. L'afflux récurrent de patients aux urgences ou le développement d'une chirurgie ambulatoire, appréciée des malades mais peu organisée pour leur retour à domicile, sont deux exemples parmi beaucoup d'autres de cette fameuse « révolution ambulatoire » qui sonne comme un slogan mais est rarement une réalité. Il y a donc une sorte « d'illusion » d'un transfert de nombre d'activités de soin vers la ville. En réalité, elles sont maintenues à l'hôpital, entraînant une surcharge de travail pour les soignants et l'ensemble des équipes hospitalières, une désorganisation des services, des restrictions budgétaires non justifiées au regard des activités réelles maintenues, un mécontentement généralisé et surtout une offre de santé dégradée.

35. Ministère des solidarités et de la santé. L'infirmier en pratiques avancées. DICOM : 2018. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

Il y a donc urgence à développer des recherches médico-économiques pour analyser finement cette situation de transfert des services, réaffirmée dans « Ma Santé 2022 », d'en préciser la faisabilité et d'en étudier les modalités de financement.

Il y a un double questionnement :

- 1. de l'usage actuel de l'offre de soins, de ses déterminants côté usager comme professionnel (intégrant l'évaluation des attentes et des freins à ce déploiement),*
- 2. des possibilités d'expérimentation intégrant un report de financement spécifique et un volet médico-économique, d'organisations libérales, correspondant aux attentes /besoins de la population*

La prise en charge des sujets fragiles à domicile : quelles démarches et quelles recherches pour trouver des solutions robustes et universelles ?

Depuis des années, le choc démographique des personnes âgées est annoncé, depuis des décennies de nouvelles organisations sont testées. Elles se sont multipliées de façon très éparpillée. Pour n'en citer que quelques-unes : les Centres locaux d'information et de coordination (Clic), les réseaux de santé gérontologiques, le programme Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), les Plateformes territoriales d'appui (PTA)... Il serait possible d'en mentionner beaucoup d'autres. Elles ont un but commun : permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible de personnes fragilisées par l'âge et/ou la maladie. C'est le vœu quasi unanime des sujets dépendants ou à risque de dépendance. La spécificité également récurrente de ces dispositifs : avoir un caractère expérimental ou une répartition très aléatoire sur le territoire national. Pour être plus précis, en France, nous expérimentons depuis des décennies sans en tirer les leçons. Nous accumulons les dispositifs qualifiés d'innovants et le paysage devient de plus en plus complexe et illisible pour tous : les personnes âgées, leurs familles et les professionnels (*cf. le point dans cette annexe sur la complexité de l'offre territoriale*).

Comment s'organiser, que faire pour accompagner nos aînés... demandent de façon incessante les proches, face à ces situations humainement difficiles et ingérables.

A l'heure où la lutte contre les inégalités sociales de santé est devenue le discours dominant et incantatoire de la plupart des responsables de la santé, cette voie de la complexité écarte les plus faibles, les plus fragiles de services répondant à leurs besoins et respectant leur dignité. Le droit commun pour accéder à une offre simple devient incertain (*cf. le point dans cette annexe sur des expérimentations qui sont inégalement réparties au sein du territoire national*).

La deuxième difficulté au sujet de l'accompagnement des sujets âgés fragiles à domicile est d'avoir fait le pari que le médecin généraliste serait au cœur de ce dispositif et même en assurerait la coordination. Certes, son rôle est incontournable mais l'organisation de cette prise en charge ne peut relever uniquement de lui : il n'a ni le temps, ni les compétences pour assurer cette organisation très spécialisée. Or beaucoup de dispositifs expérimentaux mis en place s'appuient sur le rôle central du généraliste. Ces organisations doivent reposer sur des déterminants autres que médicaux : des leviers sociaux et environnementaux sont essentiels pour favoriser le maintien à domicile : aides financières, amélioration de l'habitat, mesures de protection, loisirs, vie sociale et relationnelle...

En matière de recherche et transfert de connaissances, deux axes apparaissent donc comme importants :

- Faire un travail d'analyse complète et exhaustive des recherches et expérimentations sur la prise en charge des personnes fragiles et/ou en voie de dépendance à domicile, tant au niveau national qu'international.*
- Expérimenter une offre à caractère universel (relevant du droit commun) avec des modalités organisationnelles « décentrées » par rapport au médecin (permettant de libérer du temps médical) et reposant sur les acquis (données probantes ou prometteuses) peu pris en compte jusqu'à maintenant, malgré la multitude des initiatives sur l'ensemble du territoire français.*

La démocratie en santé et la mobilisation citoyenne : quelles recherches pour favoriser des voies innovantes, plus participatives et permettant la compréhension et l'implication d'une large population ?

De la même façon que la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé sont récurrentes dans les intentions affichées par les décideurs, l'implication des citoyens sur les questions de santé et de bien-être est toujours mise en avant (de façon légitime, mais là aussi incantatoire). Certes, certaines avancées ont été effectives au cours des dernières années, notamment dans quatre domaines :

- *Le développement de l'éducation thérapeutique du patient* : lorsqu'elle est mise en œuvre, elle a vocation à transformer les relations soignant/soigné et à donner une nouvelle place au malade, pouvant aller jusqu'au rôle du patient expert.
- *La place des aidants* : elle est de plus en plus reconnue au niveau des non professionnels, entourage familial ou de proximité, donnant un rôle spécifique à des millions de citoyens.
- *Le rôle des associations de patients* : ils interviennent dans les deux situations évoquées précédemment, mais aussi dans de nombreuses instances au sein des établissements de santé et médico-sociaux.
- *Les instances de démocratie sanitaire* : elles sont actives et aux missions renouvelées depuis les lois de santé de 2009 et 2016, à travers les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les Conseils territoriaux de santé.

Pendant, ces organisations mobilisent très souvent des patients ou des décideurs et professionnels, plus rarement des citoyens utilisateurs du système de santé en proximité, sans pathologie particulière. Par ailleurs, les tentatives participatives, de démocratie en santé (suivant la nouvelle appellation) restent souvent limitées. Elles touchent toujours les mêmes populations, d'une part, celles concernées par une pathologie, et d'autre part, des acteurs de la vie sociale déjà engagés à d'autres titres. Des tentatives ont été prises dans notre région, mais restent relativement limitées, par exemple à travers la mobilisation de la patientèle fréquentant les maisons de santé (le « Petit guide de la participation en santé de proximité »³⁶ de la Fédération des maisons de santé comtoises – FéMaSaC et la Fédération française des maisons et pôles de santé - FFMPs) ou en direction de la population jeune (le Pass santé jeunes³⁷ développé par l'Ireps avec de nombreux soutiens et des travaux de recherche innovants, initiative exemplaire qui reste malheureusement l'exception). Il est possible de citer également le développement de la culture scientifique et la mise en avant beaucoup plus récente d'une approche novatrice en France, la littératie en santé (cf. le Rapport de la Conférence nationale de santé³⁸).

Face à cette situation, il semble important de développer des recherches s'appuyant sur les Sciences humaines et sociales si l'on souhaite :

- *concrétiser la volonté affichée de participation des citoyens à la démocratie en santé ;*
- *aller au-delà de la seule mobilisation des patients et de leurs associations ;*
- *favoriser la compréhension des publics en s'appuyant sur les approches développées à travers la littératie en santé ;*
- *développer des pistes innovantes, notamment autour de vrais débats citoyens utilisant par exemple les nouvelles technologies de l'information et de la communication.*

36. Patrick Vuattoux (dir.) Petit guide de la participation en santé de proximité. Fédération des maisons de santé comtoises (FéMaSaC), Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPs), 2015. En ligne : <http://www.femasco-bfc.fr/documentation/item/641-le-petit-guide-de-la-participation-en-sante-de-proximite.html>

37. Pass santé jeunes. En ligne : <http://www.pass-santejeunes-bourgogne-franche-comte.org/>

38. La littératie en santé - usagers et professionnels : tous concernés!. 2017. En ligne https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_plen_060717_litteratie_en_sante_v_diffusee_env_pmc_2304_vuap_24_250418.pdf

La promotion de la santé et la prévention collective : quelle recherche développer pour mieux s'appuyer sur tous les déterminants de la santé et l'innovation dans les stratégies à déployer ?

Les pratiques les plus habituelles concernant la prévention s'inspirent souvent de la clinique et d'une approche médicale. Elles sont alors très individuelles, prenant peu en compte les déterminants de la santé les plus influents sur le bien-être de la population. Or, de nombreux travaux montrent que la qualité de l'offre de soin n'est pas le déterminant majeur pour améliorer la santé. Les facteurs sociaux, éducatifs, environnementaux ont une influence capitale. La Charte d'Ottawa³⁹ (OMS) met l'accent sur cette dimension et propose des stratégies adaptées pour développer des programmes globaux et efficaces. En France, cette approche, essentiellement mise en avant par les experts de la promotion de la santé, apparaît parfois dans les discours, mais son développement dans les faits reste trop sporadique. En conséquence, elle est encore trop peu prise en considération, tant au niveau de l'enseignement académique que de la recherche. Le développement de la recherche interventionnelle et le déploiement du service sanitaire depuis la rentrée 2018 pourrait être des facteurs déclencheurs.

Ce retard semble être une particularité de notre pays. La promotion de la santé/prévention collective s'accompagne d'ailleurs d'un financement décroissant au fil des années (d'après les derniers chiffres de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - DRESS).

Le développement de la recherche en promotion de la santé/prévention, comme sa prise en compte au niveau de l'enseignement académique (cf. l'Atelier sur la formation en santé publique et le service sanitaire), est certainement une des clefs pour mettre en œuvre des programmes innovants et efficaces au bénéfice de la population. Dans la région Bourgogne – Franche-Comté, des acteurs s'y emploient. Comment renforcer et conforter cette dynamique ?

Participants

- **Patrick Bouillot**, Médecin endocrinologue, membre du Bureau de l'URPS ML BFC, Président du Conseil Territorial de Santé de la Nièvre.
- **Francine Chopard**, Conseillère régionale Déléguée à l'Université.
- **Frédéric Cirillo**, Responsable du Département e-santé à l'Agence Régionale de Santé Bourgogne - Franche-Comté.
- **Marie-Pierre Colin**, Conseillère technique, Centres de santé de Saône-et-Loire.
- **Elodie Cretin**, Ingénieure de Recherche, Centre d'investigation Clinique (CIC INSERM 1431) / Soins Palliatifs, Directrice de la Plateforme Nationale pour la Recherche sur la Fin de Vie, Université Bourgogne Franche-Comté.
- **Maxime Desmarests**, Assistant hospitalo-universitaire, Département santé publique, UFR Santé Besançon.
- **Delphine Durand**, Chargée de projet et d'ingénierie, Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Bourgogne Franche-Comté.
- **Pédro Ferreira Silva**, Infirmier à la Maison de santé de Saint-loup-Géanges.
- **Tony Foglia**, Chargé d'études en économie de la santé, Observatoire régional de la santé Bourgogne Franche-Comté.
- **Edwige Genevois**, Coordinatrice des maisons de santé de Romenay et Tournus.
- **Karine Goueslard**, Sage-femme, CHU Dijon Bourgogne, Service Biostatistiques et information médicale.

39. Conférence internationale sur la promotion de la santé *La Charte d'Ottawa*. WHO. En ligne : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

- **Véronique Grattard**, Cadre supérieur de santé masseur-kinésithérapeute, Coordonnatrice pédagogique Unité de Formation en Masso-Kinésithérapie-IFPS Responsable pédagogique formation clinique & mémoire, CHU de Besançon.
- **Florent Macé**, Doctorant ED LEDi, UFR des Sciences de Santé de Dijon.
- **Isabelle Moesch**, Maitresse de Conférences associée, Université de Franche-Comté, chargée de mission, Pôle de gérontologie et d'innovation Bourgogne – Franche-Comté.
- **Stéphanie Paris**, Enseignante en charge des mémoires de fin d'études à l'École de sages-femmes, CHU de Besançon.
- **Lionel Pazart**, MD, PhD, MPH, Inserm CIC1431, CHU de Besançon.
- **Christine Peyron**, Université de Bourgogne, Responsable du Master Meos, Laboratoire d'Économie de Dijon (EA 7467), Responsable de l'Équipe Économie de la Santé.
- **Stéphanie Pin**, Conseillère stratégique au Service de la santé publique du canton de Vaud, Responsable de recherche à l'Institut de médecine sociale et préventive de Lausanne.
- **Catherine Rauscher-Paris**, Directrice du Pôle de gérontologie et d'innovation Bourgogne Franche-Comté.
- **Claire Régnier**, Chargée de mission, Institut régional du travail social de Franche-Comté.
- **Laurence Roux**, Chargée de mission Santé Publique à France Assos Santé national.
- **Edith Salès-Wuillemin**, Professeure en psychologie sociale et du travail, Université de Bourgogne, Coordinatrice du Groupe Thématique : santé et prévention à la Maison des sciences de l'homme (MSH) de Dijon.
- **Michel Serrin**, Président de la Fédération des Maisons et des Groupements Interprofessionnels de Santé Bourguignons.
- **Anne-Lise Trémeau**, Cheffe de Clinique de Médecine Générale, Département de médecine générale, UFR Santé, Université de Franche-Comté.
- **Michel Valle**, Responsable du dispositif diplôme d'État d'ingénierie sociale, docteur en sociologie, Institut Régional Supérieur du Travail Éducatif et Social de Bourgogne.
- **Claire Zabawa**, Cheffe de Clinique de Médecine Générale, Département de médecine générale, UFR des Sciences de Santé, Université de Bourgogne.

Atelier Formation initiale en santé publique

Responsables et animatrices

- **Élisabeth Monnet**, Professeure de santé publique, UFR Santé de Besançon, Université de Franche-Comté
- **Isabelle Millot**, Médecin de santé publique, Directrice de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Bourgogne – Franche-Comté
- **Réjane Simon**, Conseillère technique et pédagogique, Département Ressources Humaines du Système de Santé de la Direction de l'offre de soins, ARS Bourgogne – Franche-Comté

Introduction

L'adaptation des cursus de formation initiale représente un des leviers majeurs de la transformation en cours de notre système de santé. La Stratégie Nationale de Santé 2018-2022⁴⁰ contient plusieurs orientations qui représentent autant de défis pour les institutions et organismes en charge ou concourant à la formation initiale des professionnels de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux au sein d'une région. Universités, UFR Santé, Instituts et Écoles sont ainsi invités à mieux former les futurs professionnels aux enjeux de santé publique et notamment à la promotion de la santé et la prévention, et à développer au sein de leurs cursus une culture pluriprofessionnelle et du travail en équipe. La première édition du service sanitaire a fourni l'occasion de mettre en œuvre ces préconisations sur une large échelle.

Comment les enseignants et formateurs de la région se sont-ils organisés pour relever ces nouveaux défis ? Comment renforcer les dynamiques engagées, pour plus de coopération et de complémentarité dans l'offre de formation en santé publique, présentielle ou à distance, dans les différents cursus des professions médicales, paramédicales et sociales ? Comment construire une mutualisation des parcours de formation, privilégiant la mise en situation pratique et répondant aux objectifs pédagogiques d'acquisition de compétences et de développement de l'interprofessionnalité ? Quelles sont les innovations pédagogiques et/ou technologiques à mettre en œuvre ? Comment, à travers ces formations, favoriser une convergence des cultures de santé entre, d'une part, des approches individuelles et de soin curatif, et d'autre part, des initiatives plus préventives et populationnelles ?

Objectif général

Cet atelier vise à établir un premier état des lieux des démarches entreprises par différents acteurs en charge de la formation initiale des professionnels de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux dans la région, pour un repérage des initiatives prometteuses et un renforcement des dynamiques de réseaux et d'innovations pédagogiques dans le champ de la formation en santé publique.

40. Ministère des Solidarités et de la Santé. *La stratégie Nationale de Santé 2018-2022*. DICOM : 2017. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

Déroulement de l'atelier

Premier jour : les constats

La technique du blason a été retenue afin que chaque participant se présente en exposant une réalisation à laquelle il a contribué dans le champ de la santé publique, ses constats concernant la formation initiale en santé publique et ses attentes en termes de formation vis-à-vis du Pôle.

Maria Francesca Manca (interne de santé publique en stage à l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Bourgogne – Franche-Comté – Ireps BFC) a présenté un bref état des lieux de la formation initiale en santé publique des professionnels de santé et du secteur social.

Trois groupes de réflexion ont été organisés autour des thématiques suivantes :

1. Mutualisation ;
2. interprofessionnalité ;
3. innovations et stratégies pédagogiques.

Une mise en commun a eu lieu afin d'échanger sur les trois thématiques et de préparer ensemble la restitution des travaux lors de la séance plénière.

Deuxième jour : les perspectives

Maria Francesca Manca a présenté des éléments sur les compétences et approches dans la formation initiale en santé publique.

Les trois mêmes groupes se sont de nouveau réunis, cette fois avec comme consigne de travailler sur les perspectives pour la formation initiale en santé publique. Une mise en commun a eu lieu afin d'échanger sur les trois thématiques et de préparer ensemble la restitution des travaux lors de la séance plénière.

Il est important de souligner que constats et perspectives ont souvent été pensés ensemble. De la même manière, les réflexions des trois sous-groupes ont été mêlées.

La formation initiale en santé publique des professionnels de santé et du secteur social

Cf. ANNEXES 6 p. 145 et 7 p. 165

Maria Francesca Manca a présenté un état des lieux des enseignements en santé publique via les référentiels de formation initiale des filières de santé (cf. Figure 13 et Annexe 6). Elle n'a malheureusement pas pu réaliser un travail aussi fin avec les formations du social.

Il en ressort les points suivants :

- il existe des Unités d'Enseignements (UE) identifiées directement « santé publique » dans les référentiels de la Première Année Commune aux études de Santé (PACES), soins infirmiers, maïeutique et masso-kinésithérapie ;
- ces UE peuvent être très denses et regrouper des thématiques particulièrement diverses, nécessitant différents intervenants ;
- certaines UE peuvent être de la santé publique sans pour autant en porter la dénomination ;
- les enseignements en santé publique ne sont pas nécessairement continus dans les maquettes (ex. une UE de santé publique en PACES puis une en troisième année de médecine) ;
- la santé publique en tant que telle semble absente des référentiels du social ;
- l'universitarisation des formations (soins infirmiers, maïeutique, kinésithérapie et les formations du social notamment) entraîne une forte augmentation de la demande d'enseignements en santé publique réalisés par l'université (enseignements contributifs).

Figure 13 : Les unités d'enseignement de santé publique dans les différentes filières de formation en santé

1 ^{ère} année		IFSI Institut de Formation en Soins Infirmiers		PACES Première Année Commune aux Etudes de Santé									
S1 Semestre 1		S2 Semestre 2											
2.10 Infectiologie, hygiène		1.2 Santé publique et économie de la santé 4.5 Soins infirmiers et gestion des risques		4 Évaluation des méthodes d'analyse appliquées aux sciences de la vie et de la santé 7 Santé, société, humanité									
2 ^{ème} année		S3 Semestre 3		S4 Semestre 4		DFGSM		DFGSPH		DFGSMa		MK 1er cycle	
1.2 Santé publique et économie de la santé 4.6 Soins éducatifs et préventifs		3.4 Initiation à la démarche de recherche 4.5 Soins infirmiers et gestion des risques 4.6 Soins éducatifs et préventifs 5.4 Soins éducatifs et formation des professionnels et des stagiaires		Santé, société, humanité Biomédecine quantitative		Santé publique, démarche de recherche		Santé publique, démarche de recherche		1. Santé publique 8. Méthodes de travail et méthodes de recherche			
3 ^{ème} année		S5 Semestre 5		S6 Semestre 6									
		3.4 Initiation à la démarche de recherche 4.8 Qualité des soins, évaluation des pratiques				Systèmes de santé et santé publique Contrôles qualité : approche statistique et validation de méthode Analyse critique de documents et utilisation des outils d'information scientifique							
						DFASM		DFASPh		DE SF		MK 2e cycle	
				1. Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle 12. Formation générale à la recherche		Santé publique et politiques de santé – éthique		Santé publique Sciences humaines et sociales - droit, économie, management et langue étrangère Recherche		14. Droit, législation et gestion d'une structure 24. Intervention du kinésithérapeute en santé publique			

DFGSM: Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales
DFGSPH: Diplôme de Formation Générale en Sciences Pharmaceutiques
DFGSMa: Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutique
MK: Masso-Kinésithérapie
DFASM: Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales
DFASPh: Diplôme de Formation Approfondi en Sciences Pharmaceutiques
DESF: Diplôme d'Etat de Sage-Femme

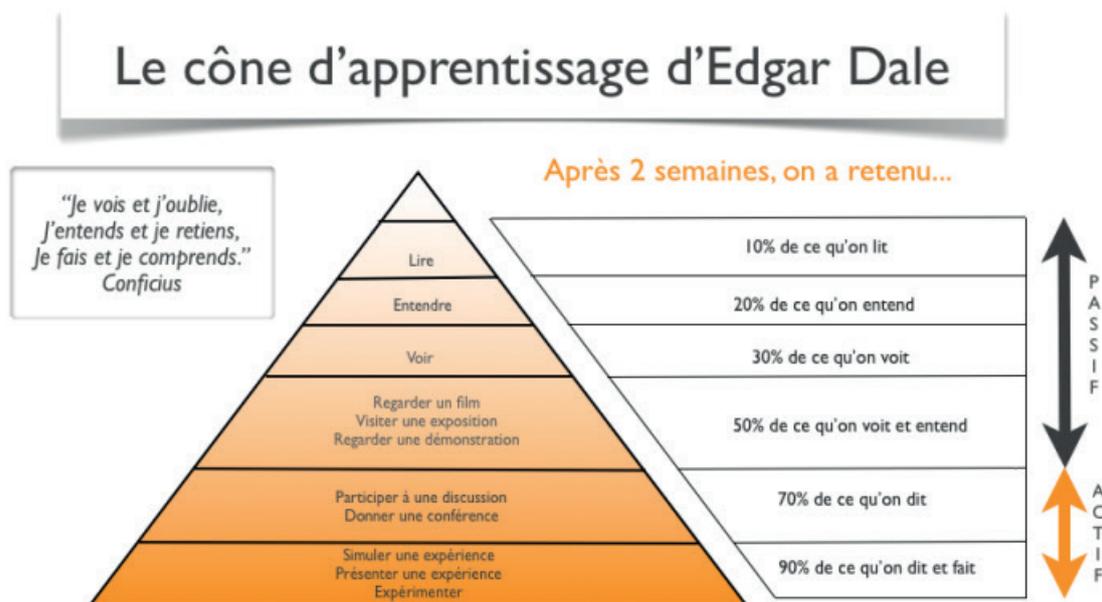
Les numéros indiqués sont des références aux Unité d'Enseignement (UE)

(Le détail de chaque Unité d'Enseignement est présenté dans le tableau 2-Annexe 6.)

Maria Francesca Manca a présenté un second travail, cette fois centré sur les compétences et les approches en santé publique (cf. Annexe 7), en France et à l'international. Il en ressort que la santé publique apparaît comme une discipline offrant la possibilité d'une participation active des étudiants à leur apprentissage, ce qui, du point de vue de l'acquisition de savoirs et de compétences est une perspective riche et féconde.

Figure 14 : Le cône d'apprentissage d'E. Dale

QUELQUES INVARIANTS CONCERNANT L'ACCÈS ET L'UTILISATION DES CONNAISSANCES



Constats généraux

Enseigner la santé publique

Les constats effectués par les participants, dont la majorité sont des formateurs (en soins infirmiers, maïeutique, kinésithérapie et à l'institut de formation des cadres de santé), se retrouvent d'abord sur les difficultés à définir la santé publique et ce qui relève de son champ (épidémiologie, économie de la santé, éducation thérapeutique du patient, écoute bienveillante...).

Plusieurs formateurs font état de leur isolement dans la construction des enseignements en santé publique, du manque de temps et de ressources pour les élaborer et créer une réelle cohérence et progression pédagogique entre les Unités d'Enseignements (UE) et les années de formation. Il semble que dans les instituts de formation (Institut de Formation en soins infirmiers – IFSI, des Professionnels de Santé - IFPS, de Masso-Kinésithérapie - IFMK), les enseignements de santé publique soient souvent dévolus aux derniers arrivants. De plus, il n'est pas toujours simple de faire des liens avec les pratiques professionnelles quotidiennes. Le lien entre formation et stages doit être travaillé ensemble (étudiants, formateurs, tuteurs de stage) et renforcé à tous les niveaux. Il serait intéressant de pouvoir tisser des liens entre l'actualité (par exemple, la vaccination) et les enseignements en santé publique.

Des organisations différentes au sein des deux ex-régions

La formation initiale en santé publique s'est instituée de façon différente en Bourgogne et en Franche-Comté, en fonction des ressources disponibles et des opportunités. Ne pas uniformiser les pratiques entre les deux ex régions fait consensus.

Par exemple les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) de Bourgogne ont bénéficié d'un appui important de l'Ireps, et de Catherine Lejeune (Maitre de conférences en économie de la santé à l'Université de Bourgogne, référente des enseignements de santé publique pour les IFSI) en organisant des temps de réunion dédiés et un espace de partage de ressources.

Les étudiants de Franche-Comté bénéficient d'une offre de formation interprofessionnelle notamment par les formations à l'éthique et le séminaire interprofessionnel porté par l'Association française de développement de l'éducation thérapeutique (Afdet) et le Département de Médecine Générale (DMG) (cf. *infra*)

Le Service Sanitaire des étudiants en santé (SSES) : une opportunité

Tous s'accordent à reconnaître que malgré la précipitation induite par le calendrier très serré, le service sanitaire des étudiants en santé (SSES) est plutôt une bonne chose, mais à améliorer pour les prochaines années. Là encore on note de grandes disparités entre les deux ex régions, avec semble-t-il des réalisations plus interprofessionnelles en Franche-Comté, et des organisations plus « *à la carte* » en Bourgogne. Le SSES permet de participer à une action réelle de santé publique, ce qui est très apprécié par les formateurs comme par les étudiants présents. Le lien entre action et santé publique est primordial pour saisir ce qu'est la santé publique et développer les compétences psychosociales des étudiants comme des publics bénéficiaires des actions.

Développer une culture commune et « *se faire plaisir !* »

Les formateurs présents insistent sur leur plaisir à enseigner la santé publique (même s'ils ne l'ont pas forcément choisi au départ). L'insatisfaction par rapport à ce qui se fait actuellement doit être entendue par rapport à un souhait d'une cohérence plus forte.

La dynamique du groupe et des échanges témoigne d'une envie individuelle et collective de faire mieux. Il semble que des temps d'échanges entre formateurs/enseignants/acteurs de santé publique soient une formule pertinente pour développer et entretenir une culture commune.

La nécessité d'avoir une base de ressources pédagogiques commune ainsi que des définitions claires et partagées sont mentionnées à plusieurs reprises.

Ce que l'on peut retenir

- L'absence d'une vision globale des enseignements de santé publique au sein des différentes formations pose la question de la pertinence des contenus au sein d'une Unité d'Enseignement, mais également entre les UE au sein d'une même formation. Cela interpelle quant à la progression pédagogique. Le lien entre la santé publique et les pratiques professionnelles doit être initié notamment en mettant la santé publique en exergue dans le cadre des stages.
- L'objectif des enseignements de santé publique doit continuer à être travaillé en fonction des publics, des effectifs, du nombre d'heures dédiées et des modalités mêmes de l'enseignement pour ne pas être trop théorique et abstrait.
- Lorsque l'organisation d'une action de santé publique (dans le cadre du SSES ou d'une UE de santé publique) répond à une demande issue du terrain, elle est pédagogiquement pertinente et source d'enrichissement pour tous.
- Plusieurs dispositifs existent déjà en Bourgogne – Franche-Comté, tant au niveau de la mutualisation, de l'interprofessionnalité que de l'innovation pédagogique dans les enseignements de santé publique. Ils doivent être soutenus.
- Il existe une réelle volonté de dispenser des enseignements de santé publique de qualité et cohérents qui gagne à être entretenue en développant une culture commune de santé publique et « en se faisant plaisir » !

Présentation des travaux en groupes

Mutualisation

Plusieurs types de mutualisation peuvent être envisagés :

- mutualisation des ressources humaines afin d'éviter l'épuisement et répondre au mieux aux besoins identifiés d'enseignements ;
- partage de contenus communs et de méthodes pédagogiques autour de certaines UE ou de thèmes transversaux phares en santé publique (ex : gestion de projet, prévention et promotion de la santé...) pour les enseignements - PACES, UE de médecine (santé publique & méthodologie de la recherche, lecture critique d'article pour les sages-femmes et les médecins...);
- partage et échange de pratiques autour de certaines actions - Hôpital des Nounours⁴¹, SSES, formation à l'éthique, séminaire interprofessionnel porté par l'Association Française de Développement de l'Éducation Thérapeutique (Afdet) ;
- partage des lieux d'actions fédératifs entre sites (lieux de stages, par exemple dans le cadre du SSES) et favorisant le regroupement d'étudiants.

41. L'hôpital des nounours est une opération née en Allemagne en 2000 et qui est organisée dans plusieurs pays. Elle est organisée par l'Association nationale des étudiants en médecine de France. De jeunes enfants de 3 à 6 ans sont accueillis à l'Hôpital des nounours par des étudiants en médecine, en pharmacie, en kinésithérapie, en soins infirmiers, etc. Ils présentent et font examiner leurs nounours par les « nounoursologues ». Un diagnostic est établi, puis les enfants changent d'atelier : pharmacie, plâtre, radiographie, kiné, chirurgie. L'objectif de l'action est double : familiariser les jeunes enfants avec le milieu hospitalier et les professionnels de santé d'une part, confronter les étudiants avec un public qu'ils ne voient pas souvent.

Ces différentes formes de mutualisation existent déjà en Bourgogne – Franche-Comté et témoignent de volonté et/ou de capacité à nouer des liens entre les différentes formations et de besoins d'enseignements en santé publique croissant, notamment lié à l'universitarisation de plusieurs formations (sages-femmes, masso-kinésithérapie, diplômés du social).

Pour autant ces mutualisations résultent de deux processus distincts :

- d'une part, des initiatives plus ou moins personnelles ; elles se structurent alors au fil du temps, au gré de rencontres et en fonction des besoins, avec des organisations locales et qui revêtent parfois un caractère artisanal ou « bricolé », parfois de grande qualité, mais sans garantie quant à la cohérence et la progression pédagogique au sein d'une UE et entre les UE d'une même formation et *a fortiori* de formations différentes ;
- d'autre part, pour mettre en œuvre des mesures plus injonctives et urgentes comme le SSES.

Les instituts de formation et filières universitaires mutualisent déjà des lieux de stages pour leurs étudiants, ce qui permet également de les initier à l'interprofessionnalité. En ce sens, la mutualisation participe aussi pleinement de la formation des différents professionnels de santé qui sont de plus en plus souvent amenés à travailler ensemble.

Des outils de mutualisation existent et fonctionnent bien comme :

- des plateformes d'échanges (moodle, Espace Numérique de Travail ENT, teams® à l'Université de Bourgogne) qui permettent à plusieurs personnes ou à des groupes de personnes d'une même institution de dialoguer de manière immédiate ou différée ;
- des plateformes de partage d'outils et de documents (moodle, ENT, Teams®, agora® Ireps BFC) qui permettent de mettre à disposition des autres membres de la plateforme des ressources pédagogiques, des sujets d'examen, des exemples de devoirs rendus par des étudiants.

Les plateformes sont souvent portées par des institutions (université, Ireps, ...) et sont généralement accessibles aux membres de l'institution porteuse ou à une communauté de personnes définies (avec parfois des niveaux d'accès différents).

De plus, les sites internet institutionnels comme celui de Santé publique France⁴² par exemple, permettent d'accéder à de nombreuses informations et ressources documentaires⁴³. Cependant, il convient d'être précautionneux à ne pas multiplier des plateformes ayant le même objectif et de bien en définir la pertinence.

Une autre possibilité de mutualisation liée au numérique est la formation en ligne ou *e-learning*, qui permet de répondre à des sollicitations dispersées géographiquement et temporellement pour un même enseignement. Il existe plusieurs types d'enseignements à distance :

- des formations complètes accessibles en ligne qui peuvent être suivies par les étudiants à leur rythme, depuis chez eux ;
- des formules combinées qui alternent regroupement physique des étudiants et enseignants et modules en lignes ;
- des cours enregistrés (en général avec un enregistrement vocal couplé à une présentation power point) puis diffusés dans plusieurs endroits.

Or, si ces modalités peuvent de l'avis des étudiants présents permettre de suivre des enseignements à leur rythme, la question de leur pertinence a également été posée par des formateurs.

42. Santé Publique France. Santé Publique France. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/>

43. Santé Publique France. *Portails documentaires*. Santé Publique France. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/Infos/Portails-documentaires>

Enfin, des diplômes sont co-habilités comme le master Santé Publique & Environnement et ouverts à plusieurs disciplines (étudiants en médecine, en pharmacie, en maïeutique, autres filières) en formation initiale ou continue, ce qui fonctionne bien.

Les limites et contraintes

- Actuellement, les mutualisations ne sont pas vraiment pensées en amont ; de plus des problèmes de planning et de maquettes de formation complexifient ces mutualisations.
- Il faut être vigilant à ne pas uniformiser les formations pour ne pas induire un nivellement qui pourrait être par le bas ; il faut donc harmoniser sans niveler, en respectant la culture de chaque profession.
- Attention : ce n'est pas parce qu'on regroupe les étudiants que ça marche ; il est nécessaire de travailler sur les représentations des métiers en associant les spécialistes des sciences humaines et sociales et les patients et d'accompagner les étudiants dans ce travail.

Les points à améliorer

- Il ressort des échanges un besoin de travailler et de réfléchir ensemble à ce que sont les attendus communs des fondamentaux de santé publique.
- Les exemples de mutualisation autour de mises en pratique comme le SSES semblent pertinentes ; existe-t-il des possibilités pour créer d'autres démarches projet en UE optionnelle ?
- Pourquoi ne pas étendre les outils de partage existants (comme teams® ou moodle) à l'ensemble de la grande région ?
- On note à la fois une réflexion de fond et un besoin de temps et d'outils de partage (dans un contexte marqué par des emplois du temps contraints).
- Les étudiants sont en demande d'éléments très pragmatiques : faire partager les réalisations des étudiants à d'autres étudiants permettrait d'enrichir les réflexions (cf. présentation de Maria Franchesca Manca).
- Soyons ambitieux : il serait intéressant de pouvoir élaborer un tronc commun de formation en santé publique pour l'ensemble des filières médicales, médico-sociales et du social.

Les propositions pour le Pôle

- Aider à la mise en commun (diffusion d'outils) et production de ressources pédagogiques, notamment de situations emblématiques en santé publique (réaliser un diagnostic de population, monter un projet, gérer une épidémie de grippe...).
- Avoir une mission de conseil et de recommandation aux directeurs d'établissements de formation.
- Valoriser des projets régionaux réussis et aider à rendre la santé publique en formation initiale plus concrète en incitant à la mise en situation d'étudiants (lien possible avec le SSES).
- Contribuer à l'évaluation des actions de santé publique mises en place par les étudiants.

- Proposer des thématiques à caractère régional pour nouer des liens entre les différentes filières.
- Assurer un accompagnement pédagogique et communicationnel (plaidoyer, valorisation), en soutien aux enseignants et formateurs investis.
- Positionner le Pôle comme lieu de réflexion et de propositions/recommandations aux différentes filières.

Interprofessionnalité

Différentes expériences existent déjà en Bourgogne – Franche-Comté au niveau de l'interprofessionnalité dans les formations initiales en santé publique.

Le séminaire interprofessionnel porté par Françoise Annezo de l'Association française de développement de l'éducation thérapeutique (Afdet) est l'exemple le plus abouti de formation initiale interprofessionnelle⁴⁴.

Il est mis en œuvre conjointement par l'Afdet, le Département de médecine générale (DMG) de l'UFR Santé de Besançon, avec un soutien financier de l'Agence Régionale de Santé et de la Mutualité Sociale Agricole. Il regroupe 7 filières de formation qui mettent chacune à disposition un de leur formateur pour l'intégralité du séminaire (plus les réunions de préparation et de bilan). La coordination est assurée par Françoise Annezo. Ce regroupement bénéficie chaque année à une centaine d'étudiants :

- internes en médecine générale ;
- étudiants en soins infirmiers ;
- étudiants en maïeutique ;
- étudiants en masso-kinésithérapie ;
- étudiants en psychologie ;
- étudiants en orthophonie ;
- futurs Assistants de Service Social (ASS).

Le séminaire dure 6 jours et s'organise en 3 regroupements de 2 jours :

1. *Le premier*, fin septembre début octobre, est consacré à la connaissance des autres professions à travers différentes activités comme le *speed dating*⁴⁵ ; durant ces deux jours les étudiants sont alternativement en groupe métier et en groupe interprofessionnel ; ils sont toujours accompagnés par un formateur.
2. *Le deuxième*, en décembre, s'organise autour de la relation d'aide et interroge la maladie, le soin en incluant les métiers du social ; les étudiants sont toujours en groupe interprofessionnel et accompagné d'un formateur ; différents ateliers leur permettent de réfléchir ensemble sur la maladie, la prise en charge... ; le point d'orgue de ce regroupement est la rencontre et les échanges en petit groupe avec des patients qui viennent partager leur parcours, leurs difficultés, leurs envies...
3. *Le troisième* a lieu fin janvier et consiste à créer ensemble un projet de santé territorial et le présenter :

44. Fiquet L., Hugué S., Annezo F., et al. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé *Pédagogie Médicale*, 16 (2), 2015, pp. 105 - 111

45. Renaut P., Fiquet L., Allory E., Chapron A., Hugué S., Annezo F. Le speed dating pédagogique: une innovation pour enseigner la collaboration interprofessionnelle. *Exercer, la revue francophone de médecine générale*, vol. 26, 118, 2015, pp. 84-90 En ligne : <https://www.exercer.fr/en-acces-libre>

- chaque groupe interprofessionnel doit élaborer un projet territorial de santé à partir du scénario suivant : un territoire rural déficitaire du point de vue de l'offre médicale et médico-sociale mais dynamique avec une population jeune qui s'installe ; les étudiants n'ont aucune contrainte d'ordre législative ou financière ; ils peuvent bénéficier de l'aide des formateurs si besoin ;
- le lendemain, l'« Educ'tour », journée délocalisée en milieu rural, organisée conjointement par l'Association santé éducation prévention sur les territoires Franche-Comté Bourgogne (ASEPT FCB), l'Agence régionale de santé et une collectivité territoriale dans le cadre d'un Contrat local de santé (CLS) est l'occasion pour les étudiants de présenter leurs projets à un comité des sages (composé de représentants de l'ARS, d'élus locaux, de représentants de structures médicales et médico-sociales du territoire) et d'échanger avec eux ; des temps conviviaux et d'échanges avec les professionnels de santé du médico-social et du social du territoire sont organisés sous différentes formes ; ce sont des moments privilégiés pour les étudiants qui découvrent de nombreuses structures, associations et institutions.

Les évaluations réalisées au cours du séminaire montrent la richesse de ce dispositif. Il gagnerait à faire l'objet d'un travail de recherche. Plusieurs thèses de médecine générale portant sur l'un des aspects du séminaire (participation des patients au séminaire par exemple) sont en cours.

D'autres enseignements permettent également des temps en interprofessionnalité :

- les formations à l'éthique organisées en Franche-Comté sous l'impulsion du Dr. Aubry regroupent des étudiants issus de filières différentes autour d'un même objet ;
- la plupart des expériences de mutualisation d'enseignements, le SSES ainsi que des actions comme l'hôpital des Nounours sont également des lieux d'interprofessionnalité tout comme le master Santé Publique et Environnement.

Des séminaires ou expériences regroupant plusieurs filières professionnelles existent ou ont également existé en Bourgogne, comme par exemple des séminaires sur la iatrogénèse médicamenteuse, ou des formations inter filières à l'IFSI de la Croix-Rouge de Quetigny.

Les limites et contraintes

- « *Ce n'est pas parce qu'on regroupe des étudiants que la mayonnaise prend !* », partager des enseignements magistraux ne suffit pas, il est important de réaliser des travaux en équipe pluriprofessionnelle (études de cas, projets de terrain...).
- L'interprofessionnalité prend du temps (apprendre à se connaître pour apprendre à travailler ensemble) et représente souvent un enrichissement de la culture professionnelle initiale.

Les points à améliorer

- La création d'une action ou la construction d'un projet est un élément fédérateur car il permet de mettre en pratique l'inter professionnalité.
- Il est nécessaire avant de proposer une formation interprofessionnelle de savoir quels en sont les objectifs pour favoriser ces rapprochements entre différentes

professions de santé, du médico-social ou du social (ce qui permettra de définir le format le plus adapté et le niveau des formations des étudiants concernés).

- L'accompagnement des étudiants avant et pendant les formations interprofessionnelles est nécessaire.
- Il est important de travailler sur les représentations des métiers pour sortir des stéréotypes et préjugés, en associant les spécialistes des sciences humaines et sociales (SHS).

Les propositions pour le Pôle

- Faire des suggestions de thématiques à caractère régional qui pourraient permettre de faciliter les échanges en interprofessionnalité.
- Aider à l'élaboration de *scenarii* pédagogiques en santé publique mobilisant des compétences issues des différentes filières (ces *scénarii* pourraient être travaillés d'abord en filière puis faire l'objet de rencontres et d'échanges en interprofessionnalité).
- Participer à la « mise en situation » des étudiants.
- Rechercher et diffuser des expériences réussies à l'étranger.
- Contribuer à une évaluation de ces formations interprofessionnelles afin de connaître leurs pertinences réelles et d'émettre des propositions *ad hoc*.

Innovations et stratégies pédagogiques

Le troisième groupe s'est penché sur les stratégies innovantes et les innovations pédagogiques. Il propose de constituer un réseau de personnes intéressées et concernées par la formation initiale en santé publique. Ce réseau pourrait mobiliser les étudiants et développer leur notion d'engagement. En effet, à plusieurs reprises, les étudiants présents au sein l'atelier ont témoigné de leurs engagements associatifs et citoyens. Pour eux, un lien fort existe entre sensibilité à la santé publique et engagement. Dans un certain nombre de lieux d'enseignement, les étudiants s'investissent au sein des projets collectifs d'intérêt sociétal. Ils mènent souvent des projets de santé publique sans forcément le savoir ; comment les aider à en prendre conscience ? Ce point, pour l'instant sans réponse, serait intéressant à étudier et pourrait être un levier pertinent pour améliorer l'image de la santé publique.

Les plateformes de partage ainsi que les enseignements en e-learning ont été abordés et discutés. Ces modalités peuvent être des outils pertinents (cf. *supra*), notamment les plateformes de partage de documents, lorsqu'elles permettent des échanges, d'une part, entre étudiants, et d'autre part, entre étudiants et enseignants. Les enseignements en *e-learning* peuvent également permettre aux étudiants de suivre les enseignements à leur rythme. Il importe qu'ils incluent des possibilités d'échanges avec l'enseignant et que celui-ci se rende disponible pour répondre aux étudiants.

Les échanges ont beaucoup porté sur la mise en situation de l'apprenant pour qu'il soit acteur et non simple récipiendaire d'un savoir transmis. Ainsi, l'élaboration et la concrétisation d'actions de santé publique permettent une meilleure compréhension de ce champ (les exemples mentionnés sont l'hôpital des Nounours et les actions élaborées dans le cadre du SSES). Cela permet de mettre en pratique des savoirs et compétences parfois difficilement mobilisables au cours des stages et au quotidien. Par ailleurs, être acteur permet à l'apprenant de mieux s'appropriier les savoirs et compétences (cf. Figures 7 et 14).

En ce sens, le SSES est une opportunité. Il semble donc essentiel que les enseignants s'approprient ce dispositif et qu'une véritable évaluation des retombées des actions et difficultés soit construite et les résultats diffusés.

Toutes les formations ne permettent pas les mêmes modalités d'enseignements. Or il semble important, dans le cadre de la formation initiale en santé publique, de rendre les étudiants acteurs de leur apprentissage, que ce soit en leur donnant la possibilité de réaliser une action ou de transmettre à leurs pairs ce qu'ils ont appris.

Mentionnons que des possibilités de financement pour soutenir les innovations pédagogiques existent à la Région.

Les limites et contraintes

- Les enseignements en santé publique sont souvent dispensés en cours magistral avec une approche théorique. Du point de vue de l'organisation des enseignements, les formations se trouvent dans des situations d'inégalité (par exemple, il y a davantage de possibilités d'organiser des cours/réflexion en petits groupes dans les IFSI qu'en PACES).
- Les enseignements sont cloisonnés et manquent de continuité au sein des cursus, les référentiels existants n'assurent pas de véritable cohérence et ne facilitent pas la progression pédagogique des apprentissages au sein d'une même formation (avec parfois des interruptions d'enseignements d'un ou deux ans au sein d'une même filière).

Les points à améliorer

- Mettre en exergue l'enjeu de la santé publique lors des stages (certaines compétences peuvent être difficiles à valider ; citons par exemple les compétences en soins infirmiers 5 « Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs » et 10 « Informer, former des professionnels et des personnes en formation »).
- La possibilité de travailler en petits groupes (enseignements dirigés) et de mener des actions concrètes sur le terrain tout en ayant un retour des effets de l'action. Les étudiants se montrent créatifs et participent à l'ensemble des étapes nécessaires (de l'identification du besoin, à la conception du projet et sa réalisation) ; cela permet également de ne pas rester centré sur la transmission de connaissances théoriques. Une évaluation de leur action, qui pourrait leur être transmise ultérieurement serait bénéfique ;
- Mettre les étudiants en situation active d'apprentissage pratique, en développant les techniques de simulation (jeux de rôle) et en facilitant le tutorat par des internes en santé publique, restitution d'enseignements auxquels tous les étudiants ne peuvent participer.
- Augmenter la participation aux enseignements de professionnels exerçant en région dans des institutions, des services ou des associations de santé publique, de façon à familiariser les étudiants avec ces différentes structures et avec les missions confiées à ces professionnels.
- Faciliter la participation des patients experts, des usagers dans les formations.

Les propositions pour le Pôle

- Être un lieu de réflexion et de propositions aux différentes filières ; donner des ressources.
- Contribuer à créer un réseau régional d'intervenants, en répertoriant les ressources en enseignants de chaque filière de formation et en recensant dans les diverses institutions régionales les professionnels pouvant contribuer dans leur champ de compétence à la formation initiale en santé publique.
- Contribuer à élaborer un référentiel régional de compétences en santé publique.
- Élaborer et diffuser des situations emblématiques de santé publique pour faire travailler les étudiants sur des cas pratiques en lien avec les réalités territoriales de la région.
- Proposer une ou plusieurs thématiques annuelles s'appuyant sur des questions d'actualité documentées qui pourraient être travaillées au sein de différentes filières de formation et avec des chercheurs et acteurs de santé publique.
- Faciliter le tutorat de projets par des futurs professionnels ou des professionnels de santé publique.
- Assurer une représentation des étudiants au sein du Pôle.
- Aider à la mobilité internationale dans le domaine.

Perspectives générales

Ce que pourrait faire le Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique BFC dans le domaine de la formation initiale en santé publique :

- participer à développer une culture commune de santé publique en BFC (entre les formateurs des différentes filières) ;
- contribuer à élaborer et diffuser des ressources pédagogiques auprès des instituts et filières universitaires de formation, notamment des situations emblématiques en santé publique ;
- contribuer à créer un réseau régional d'intervenants pour la formation initiale en santé publique ;
- proposer des thématiques annuelles ou pluriannuelles de santé publique pour favoriser les échanges interprofessionnels ;
- rechercher et diffuser des expériences réussies en matière d'enseignement de la santé publique (y compris dans d'autres pays) ;
- favoriser le lien avec la réalisation de projets et/ou d'actions répondant à des besoins identifiés par les acteurs concernés en BFC ;
- assurer un accompagnement pédagogique et communicationnel (plaidoyer, valorisation), en soutien aux enseignants et formateurs investis dans la région.

Participants

- **Hélène Cléau-André**, Sociologue, Association santé éducation et prévention sur les territoires Franche-Comté/Bourgogne.
- **Christelle Cordier**, Direction de la carte des formations, de l'apprentissage et des formations sanitaires et sociales, Chef du service des formations sanitaires et sociales à la Région Bourgogne Franche-Comté.
- **Carine Dubresson**, Cadre de santé, formatrice à l'Institut de formation en soins infirmiers de Dijon.
- **Fabienne Garrien-Maire**, Cadre de santé, formatrice à l'Institut de formation en soins infirmiers de Dole.
- **Bénédicte Gounand**, Formatrice au sein de l'Unité de Formation Cadre de santé de l'Institut de formation des professionnels de santé de Besançon et référente du module 2 « Santé publique ».
- **Cécile Lagarde**, Directrice de pôle Formations Management-Projet, Études-Recherche à l'Institut Régional Supérieur du Travail Éducatif et Social de Bourgogne.
- **Catherine Lejeune**, Maitresse de conférences universitaire en économie de la santé, Université de Bourgogne.

- **Béatrice Liégeon Van Eis**, Directrice de l'école de sages-femmes, CHU Besançon.
- **Sylvie Lourdin**, Formatrice cadre supérieure de santé à l'Institut de formation des professionnels de santé de Bourgogne.
- **Maria Francesca Manca**, Interne de santé publique, en stage à l'ARS BFC, Université de Bourgogne.
- **Anne-Sophie Mariet**, Praticienne hospitalo-universitaire au CHU de Dijon et à l'Université de Bourgogne.
- **Nicolas Martone**, Etudiant en soins infirmiers de 2^{ème} année à l'Institut de soins infirmiers et d'aides-soignants, Le Creusot-Montceau-les-Mines.
- **Yanis Merad**, étudiant en 4^{ème} année de médecine, Université de Bourgogne et représentant des étudiants hospitaliers à la Commission Médicale d'Établissement du CHU de Dijon.
- **Remi Monat**, Cadre de santé formateur à l'Institut de formation en soins infirmiers de Macon.
- **Pascale Pariset**, Formatrice à l'Institut de formation en kinésithérapie de Besançon.
- **Isabelle Sauvage-Clerc**, Directrice des formations supérieures et tout au long de la vie au Pôle Ressource Régional Recherche Formation Action Sanitaire et Social, Institut régional du travail social, Besançon.
- **Estelle Seilles**, PU-PH, Vice-présidente d'Université Bourgogne Franche-Comté.
- **Martine Soubirant**, Cadre de santé formatrice, responsable pédagogique à l'Institut de soins infirmiers et d'aides-soignants, Le Creusot-Montceau-les-Mines.

PLÉNIÈRE

DE L'APRÈS-MIDI DU
VENDREDI 30 NOVEMBRE 2018

Regard de l'ARS de Normandie sur le projet de Bourgogne – Franche-Comté : similitudes et différences

Présentation du projet normand

Carole PORNET

*Médecin de santé publique, Pôle Prévention Promotion de la Santé,
Direction de la Santé Publique à l'ARS de Normandie*

Je vous remercie de me donner la parole pour présenter l'initiative normande et les similitudes et différences entre nos deux projets.

En Normandie, cinq partenaires ont souhaité développer ensemble l'efficacité des actions de promotion de la santé, afin de réduire les inégalités sociales.

Il s'agissait de coordonner une stratégie régionale cohérente, de favoriser l'attractivité sur le territoire normand des chercheurs et acteurs, de simplifier les procédures de réponse aux appels à projets tout en répondant aux enjeux sociétaux et d'assurer la pérennité de ce partenariat.

Selon le schéma initial fixé par la charte partenariale, le pilotage de cette stratégie devait être assuré par un Comité de pilotage (Copil), doté d'un pouvoir de signatures et un Comité technique (Cotech) opérationnel. Par ailleurs, des groupes de travail étaient chargés d'élaborer un plan d'actions.

Cet espace régional de réflexion devait s'appuyer sur un Centre d'expertise régional de recherche en santé publique, qui n'a malheureusement pas vu le jour. Aujourd'hui, il s'appuie seulement sur un dispositif régional de soutien à la politique et aux interventions en prévention et promotion de la santé (PPS) porté par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Normandie et financé par l'ARS.

Les trois groupes de travail dont les thèmes sont Observations/suivi et évaluation, Formation et professionnalisation des acteurs et Recherche interventionnelle et transfert de connaissances poursuivent un axe transversal de valorisation et communication des travaux.

La charte partenariale a été signée en juillet 2017. Le premier groupe de travail ne s'est pas réuni, du fait de la priorité donnée à l'élaboration du Projet régional de santé (PRS) 2 et de la vacance du poste de responsable du pôle statistique. Cependant les travaux d'accompagnement des promoteurs dans la démarche d'évaluation de l'ARS et de l'Ireps peuvent s'inscrire dans cet axe et permettent une montée en compétences des acteurs de PPS en démarche projet.

En termes de perspectives, un nouveau responsable du pôle statistique sera nommé. De plus, la future plateforme régionale d'observation sanitaire, médicosociale et sociale sera mobilisable. La mise en œuvre du PRS 2 représente une opportunité.

L'état des lieux régional de la formation réalisé par l'ARS ne permet pas d'envisager un programme régional d'actions spécifiques. Le groupe de travail formation et professionnalisation ne s'est pas réuni, mais le Service sanitaire des étudiants en santé (SSES) a été mis en œuvre et a pu faire l'objet de réflexions dès le mois de mars 2018. Une expérimentation sur la ville de Caen a été mise en avant. Nous avons demandé la mutualisation de ses travaux sur toute la région.

Suite à des échanges avec des acteurs interprofessionnels, nous avons mutualisé les travaux de 2 UFR de Rouen et de Caen et élaboré une formation commune sur les concepts et fondamentaux en PPS, la démarche projet et la posture éducative en PPS. Le SSES est composé de deux tiers de formation et d'un tiers d'actions.

Le SSES normand est dirigé par un comité régional stratégique, qui pilote un comité régional partenarial rassemblant les protagonistes locaux (organismes de formation, acteurs PPS). De ce comité émane deux groupes de travail. Deux comités techniques, l'un pour la subdivision caennaise et l'autre pour la subdivision rouennaise, réunissent les organismes de formation.

La Normandie est maillée de coordonnateurs de territoire en PPS qui sont les Référents territoriaux de promotion de la santé (RTPS), dont la mission est d'animer le réseau d'acteurs de Promotion de la santé sur leur territoire, les coordonnateurs des Ateliers santé ville (ASV), des Contrats locaux de santé (CLS) et les conseillers méthodologiques territoriaux de l'Ireps qui comblent les territoires encore vides de coordonnateurs de territoire en PPS. Des chefs de projets des Pôles de prévention compétents en addictologie (PPCA) accompagnent les référents de proximité sur la thématique « pratiques addictives » des actions du SSES. L'addictologie constitue un déterminant majeur en Normandie.

Ces coordonnateurs remplissent un rôle majeur d'accompagnement des référents de proximité accueillant et encadrant les étudiants du SSES. Cette année, les référents pédagogiques se sont appropriés de nouveaux outils de PPS grâce à une formation dispensée par l'Ireps.

Au sein du groupe de travail de Recherche interventionnelle et transfert de connaissances, un sous-groupe s'est formé sur les addictions et a répondu à 2 appels à projets de recherche interventionnelle nationaux INCa-IRePS-INSERM dont nous sommes en attente des résultats.

Similitudes et différences des deux projets de Normandie et de Bourgogne – Franche-Comté

Les contextes sont similaires, le degré de mutualisation des formations identique tout autant que la dimension internationale plutôt que régionale des recherches.

Le Pôle et le projet normand poursuivent le même objectif de fédérer les acteurs, chercheurs et décideurs. Ils recherchent également tous deux à coordonner la recherche et la formation.

Cependant, la Normandie ne connaît pas d'Université d'été de santé publique. De plus, le champ d'application du Pôle de Bourgogne – Franche-Comté est plus large. Contrairement à votre projet, la Normandie n'a pas pris le temps de donner une identité à son projet et en paie aujourd'hui les conséquences. Elle a néanmoins inclus un axe observation, suivi et évaluation. En Normandie, la recherche est limitée à la Recherche interventionnelle en PPS. L'équipe opérationnelle externalisée du Pôle est cofinancée par la Région et l'ARS alors que le projet normand ne reçoit pas de financement de la Région.

De la salle

Quels sont les cinq promoteurs ?

Claire PORNET

Ce sont la Région, l'ARS, la COMUE, la Préfecture de région et la Plateforme Santé Normandie portée par l'Ireps.

Il existe un projet de coopération Grand-Ouest entre quatre régions portant sur les axes service sanitaire et données probantes.

De la salle

Votre pôle est-il porté par une structure juridique ?

Claire PORNET

Actuellement, ce projet repose sur la Plateforme Santé Normandie portée par l'Ireps. Depuis près d'un an, un chargé de projet dédié aux travaux de l'axe « données probantes : Recherche interventionnelle et Transfert de connaissances » co-anime et organise les ateliers avec l'ARS. Concernant le volet formation, l'Ireps participe activement aux travaux du SSES. Les autres promoteurs n'ont pas de rôle particulier hormis les UFR de santé et organismes de formation dans le cadre du SSES.

Synthèse par le Grand témoin

Christine FERRON

Plutôt qu'une « synthèse », je vous proposerai le regard que j'ai porté sur un certain nombre de propos que j'ai entendus au cours de ces deux journées.

Quelques grands thèmes, abordés de façon transversale, sont ressortis de ces deux journées :

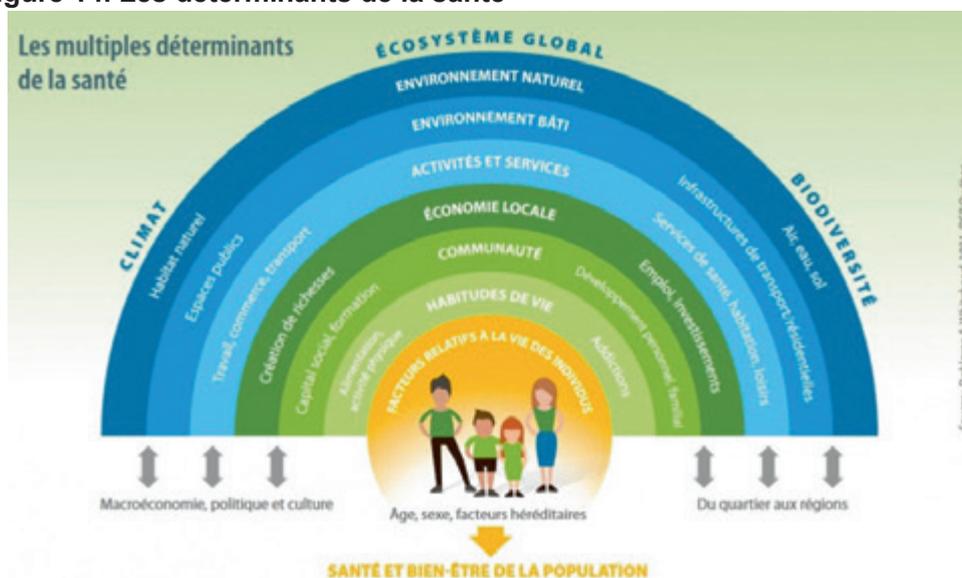
- l'interdisciplinarité et la pluridisciplinarité ;
- le courtage de connaissances qui interroge notre rapport à cette connaissance ;
- l'utilité vs l'instrumentalisation de la recherche ;
- la démocratie et la participation ;
- le financement.

Interdisciplinarité et pluriprofessionnalité

L'interdisciplinarité est consubstantielle à la santé publique et à la promotion de la santé. Elle permet d'approcher les problèmes à partir de différents points de vue disciplinaires. Elle représenterait une sorte d'exercice coordonné des universitaires. L'interdisciplinarité est nécessaire pour prendre en compte la multiplicité des déterminants de la santé que ce soient les projets de recherche, mais aussi les actions de terrain et les contenus de formation.

Cette notion de déterminant de la santé me semble importante à rappeler ici. Le schéma des déterminants de la santé (Figure 14), replace ces déterminants en incluant les notions de climat, d'écosystème global, de biodiversité, ainsi que l'ensemble des différents niveaux environnementaux, économiques, de milieux de vie... qui me font penser qu'aucun des participants à ces deux journées ne peut dire qu'il n'est pas concerné par les questions de santé. Nous sommes tous, à quelque niveau que ce soit, concernés par cette question.

Figure 14. Les déterminants de la santé



Source : www.alterrebourgognefranche-comte.org/f/mediatheque/10648/fiche/

L'interdisciplinarité est également indispensable pour explorer toutes les dimensions nécessaires à une applicabilité des résultats de la recherche ou à leur transposition dans des actions. Par exemple, impliquer les expertises en sciences humaines et sociales est nécessaire pour prendre en compte les ressentis de la population sur une thématique de santé relevant de la climatologie.

La pluriprofessionnalité consiste à faire concourir à un même objectif plusieurs acteurs de professions différentes et pose la question des enjeux, des relations entre des catégories professionnelles qui sont différentes sur de nombreux points de vue tout en connaissant des points de rencontre. Pour pouvoir travailler ensemble, elles doivent passer, entre elles, du transfert au partage de connaissances et de compétences, en ayant parfois besoin de traducteurs, de facilitateurs, voire de courtiers.

Il est important de rappeler les dimensions sur lesquelles le monde de la recherche et celui des acteurs ou des décideurs diffèrent⁴⁶. La notion de temporalité a largement été évoquée. Les chercheurs ont besoin de temps pour leurs recherches, tandis que les acteurs et les décideurs poursuivent des objectifs à plus court terme. Les chercheurs sont influencés par leur système d'évaluation alors que les acteurs et décideurs sont influencés par le contexte organisationnel, social, politique et économique dans lequel ils exercent. Les chercheurs sont centrés principalement sur leurs intérêts de recherche, tandis que les acteurs et les décideurs le sont sur leurs besoins et les problèmes auxquels ils doivent répondre par statut, du fait de leur mandat, des objectifs fixés, de leurs échéances et des résultats qu'ils doivent atteindre. Les chercheurs sont confrontés à des milieux concurrentiels, alors que les acteurs et décideurs le sont à la nécessité de décisions rapides et sont soumis à des contraintes multiples. Enfin, les chercheurs sont intéressés par la production de connaissances susceptibles de contribuer à l'avancement de la science, tandis que les acteurs et décideurs, pour la plupart, sont intéressés par des produits « clefs en main » qui soient adaptés à leurs besoins, tant en termes de contenu que de format.

Au regard de ce qui a été discuté, il me semblait important d'ajouter aux chercheurs, acteurs et décideurs, les populations, usagers et patients. Leur urgence de comprendre a été évoquée. La population, les usagers, les patients sont influencés par leur propre histoire, leur contexte de vie, leurs opinions, leurs représentations. Ils peuvent être centrés sur leurs propres besoins, leurs attentes, leurs problèmes, confrontés eux aussi à des contraintes d'ordre professionnel, personnel ou familial et intéressés par des connaissances qui répondent à leurs questions.

Les enjeux de la pluriprofessionnalité, pour la recherche et pour l'action sont d'abord d'établir des relations d'équivalence entre les chercheurs, les acteurs et les décideurs, puis de parvenir à une parité professionnelle. Les acteurs ne veulent pas uniquement fournir aux chercheurs des terrains de jeu pour leur recherche, mais une véritable co-construction. Moyennant quoi tout le monde s'améliore, la recherche est meilleure, les résultats sont plus transférables, la recherche est plus utile, elle a un degré d'applicabilité, d'acceptabilité, d'appropriation plus élevé, car la recherche prend en compte les besoins et contraintes des acteurs. De plus, l'action est meilleure. Par exemple, l'acteur partenaire d'une recherche s'ouvre plus volontiers à l'innovation.

La pluriprofessionnalité comporte également des enjeux pour la formation. Pierre Lombrail demandait à l'Assemblée générale du Collège Universitaire des Enseignants de Santé Publique en 2014 : « *Peut-on enseigner la santé publique sans connaître les pratiques de ceux/celles qui la font vivre au quotidien, sans apprendre de leur expérience et sans valoriser les données issues de leur expertise ?* »

N'oublions pas également que les professionnels pratiquent la santé publique comme elle leur a été enseignée. S'ils reçoivent une formation magistrale, ils auront tendance à mettre en œuvre des démarches descendantes de santé publique dans leur pratique. Au contraire, s'ils ont bénéficié d'une pédagogie participative, ils auront davantage envie de mobiliser des méthodes participatives dans leurs actions. Si nous parvenons à développer les compétences psychosociales des professionnels, nous les mettrons mieux en situation de développer celles de leurs publics, de même, un professionnel ayant expérimenté la formation par les pairs, sera plus à même de mettre en œuvre des actions centrées sur l'éducation par les pairs.

46. Cadre pour un transfert des connaissances au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, nov. 2008, p. 25-26; dans Brière, A. 2013. Formation sur les notions de base en transfert des connaissances, AQESS-AERDPQ

Courtage de connaissances

Cette fonction doit-elle être assurée par des spécialistes, faut-il créer un métier de courtier en connaissances ou s'agit-il de missions transverses ?

Il semble au travers de nos échanges que tout professionnel, qu'il soit acteur ou chercheur, qui a développé une forme de polyglottisme et est capable d'adopter la vision du monde sous-tendue par cette langue étrangère, pourra jouer ce rôle d'interface entre les différentes catégories de spécialistes.

Le courtage de connaissance a des liens avec la notion de « *littératie* », qui est la capacité à trouver, comprendre et communiquer l'information. Irène Langis, conseillère en communication à l'Institut national en santé publique du Québec rappelle que « *concrètement la priorité donnée à la compréhension des publics auxquels on s'adresse peut conduire à négocier la validation scientifique d'une société savante ou à renoncer à l'exhaustivité de l'information. Elle suppose aussi que l'émetteur du document adopte une posture empathique et renonce à user du langage dominant dont il a l'habitude ou à vouloir faire la démonstration d'un savoir... C'est là un des enjeux majeurs de la littératie en santé : un rééquilibrage du pouvoir entre les différentes parties prenantes* ».

Avec cette citation, j'évoque à la fois la communication envers les usagers et la communication entre nous. Nous devons par conséquent modifier nos rapports, chercheurs ou acteurs spécialistes, avec la complexité de nos objets. Irène Langis affirme également que « *cela n'a rien à voir avec de l'infantilisation ou du paternalisme, l'important est de se faire comprendre* ».

La littératie est un enjeu majeur pour tous. Nous sommes tous confrontés à la complexité et la complexification de notre système de santé en mutation permanente et qui conduit à l'exclusion de certains pans de la population et à la mise en difficulté des professionnels. Elle peut entraîner chez les acteurs, les chercheurs, la population... un sentiment d'abandon, d'être laissé sur le côté, et la difficulté de tous à s'impliquer dans la modernisation de notre système de santé.

Le lien entre connaissance et comportement est également très présent dans nos échanges. Nous pouvons faire le même constat, qu'il s'agisse de modifier les comportements de santé de la population ou de faire évoluer les pratiques professionnelles. Michel O'Neill rappelle que « *s'il est une évidence scientifique incontournable que des dizaines d'années de recherche fondamentale et appliquée en sciences du comportement ont confirmé ad nauseam c'est l'absence de lien automatique entre les connaissances et le comportement* »⁴⁷.

L'application d'une connaissance est d'abord liée à la perception que nous en avons⁴⁸ :

- son avantage relatif, c'est-à-dire la perception que le changement de pratiques est, ou non, une amélioration par rapport aux pratiques en place ;
- sa compatibilité, à savoir si le changement de pratiques s'inscrit dans la continuité des valeurs ou des croyances du milieu dans lequel nous évoluons ;
- sa complexité, la perception du degré de difficulté ou de facilité du changement de pratiques ;
- sa possibilité d'expérimenter concrètement ce changement de pratique ;
- son observabilité, à savoir la visibilité des résultats d'un changement de pratiques.

Il est vraiment intéressant de se pencher sur les théories du changement de comportement qui vont nous amener à dépasser la théorie « de la carotte, du bâton ou de la flûte » pour explorer toute la variété des méthodes possibles pour soutenir le changement de

47. O'Neill M. Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé ? Sozial und Präventivmedizin 2003 ; 48 (5) : 317-26

48. Castiglione SA, Ritchie JA. Passer à l'action : nous connaissons les pratiques que nous souhaitons changer. Que faire, maintenant? Guide de mise en œuvre pour les professionnels de la santé. Ottawa : Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC), 2012, pp.14-15. En ligne : http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/lm_moving_into_action-fr.pdf

comportement ou de pratiques professionnelles. Susan Michie a identifié plus de 93 techniques pour accompagner le changement de comportement⁴⁹. Il existe une grande variété de techniques que nous pouvons adapter à nos pratiques. Cela démontre à nouveau l'intérêt de l'interdisciplinarité. Pour avancer sur ces questions, nous devons mobiliser la complémentarité entre nos expertises.

Utilité vs instrumentalisation

La question de l'utilité sociale de la recherche a traversé toutes les réflexions durant ces deux journées. Cette notion paraît évidente aux « *utilisateurs* » de la recherche, mais fait débat dans le monde de la recherche. Les chercheurs s'interrogent à qui est utile cette recherche. Nous avons réfléchi sur le niveau territorial le plus pertinent, l'international vs le micro-territorial. Les chercheurs s'interrogent sur le risque d'instrumentalisation de la recherche à des fins politiques ou commerciales ou le risque de conflit d'intérêts. Cette idée soulève des questions éthiques.

Du côté des utilisateurs, certaines recherches très longues et très coûteuses peuvent aboutir à des évidences. Cette idée est illustrée par une image dans laquelle un chercheur s'exprime ainsi : « *Nous devons mettre en place pendant trois ans une étude en double aveugle, validée par nos pairs et menée par une autorité afin de justifier notre assertion selon laquelle mettre un toit sur la tête des SDF est généralement une bonne idée* ».

En tant qu'utilisateur des données de la recherche, il n'est pas rare d'aboutir à de telles évidences, dont nous n'avons pas besoin.

D'autres recherches donnent des résultats que les acteurs peuvent juger inacceptables au regard de l'éthique ou de la pratique. J'ai coréalisé une étude avec deux collègues de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) sur les attitudes des acteurs vis-à-vis des recommandations de prévention, portant sur la prévention de la consommation excessive d'alcool chez les jeunes⁵⁰. Nous avons présenté 20 recommandations issues de la recherche à un panel d'acteurs de la région. Elles ont suscité trois attitudes différentes :

- nous sommes d'accord et nous le faisons déjà : par exemple, adopter une approche non moralisatrice, prendre en compte les représentations des jeunes... ;
- nous sommes d'accord, mais il nous est impossible de le mettre en œuvre : par exemple, impliquer les amis et la famille pour aider les jeunes ou prendre en compte leurs conditions de vie est difficile ;
- nous ne sommes pas d'accord et refuserons de le faire : intervenir à un très jeune âge sur les questions d'addiction ou cibler les jeunes les plus vulnérables est perçu par les acteurs comme une stigmatisation d'une partie de la population.

Les acteurs sont également confrontés à des questions éthiques quant à l'application de ces recommandations.

Le Lancet a publié il y a quelques années un dossier⁵¹, composé de plusieurs articles, intitulé « *Comment accroître la valeur de la recherche et réduire le gâchis ?* ». À l'issue de ce dossier, les conclusions comportent un certain nombre de propositions autour de ce risque d'instrumentalisation. Ces propositions tournent autour du fait d'améliorer la transparence du côté des financeurs sur leurs critères de sélection, améliorer la lutte contre les doublons (encourager le partage d'informations sur les protocoles en cours et les collaborations), mener plus de recherches sur la recherche pour identifier les facteurs associés avec une application des résultats dans les pratiques par exemple, et dans les publications assurer un

49. Michie S, Richardson M, Johnson M, et al. The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of behavioral medicine* 2013 ; 46 : 81-95

50. Garjean NL, Ferron C, Pommier J. Attitudes des acteurs vis-à-vis des recommandations de prévention. *Santé Publique*. 2011 ; 23(5) : 371-84.

51 Macleod MR, Michie S, Roberts I, Dirnagl U, Chalmers I, Ioannidis JPA, et al. Biomedical research: increasing value, reducing waste. *Lancet*. 2014 ; 383(9912) : 101-4.

reporting plus complet des interventions puisque dans les publications la méthodologie de recherche est détaillée à l'extrême aux dépens de l'intervention elle-même.

Démocratie et participation

La volonté d'inclure des populations vulnérables dans les processus de co-construction a traversé le séminaire, mais souvent associé à des expressions, telles que « ce n'est pas si simple ». En même temps, cette notion que les usagers ne sont pas oubliés et se trouvent au centre des préoccupations est intéressante. Luigi Flora, de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal a réalisé un travail sur un registre de relations entre les patients et les professionnels de santé. Les patients refusent aujourd'hui d'être placés au centre des préoccupations. Ce qu'ils demandent, c'est d'être au sein d'un partenariat avec l'ensemble des acteurs pour construire ensemble et pour partager un leadership.

La participation comporte un important enjeu démocratique. Nous devons nous inspirer des expériences menées avec succès, notamment dans le champ social. Nous avons entendu le témoignage de la Fédération des acteurs de la solidarité qui développe les capacités des usagers à la codécision. La Mutualité sociale agricole a réalisé une enquête, a restitué ses résultats auprès de ses adhérents, puis les a associés dans un processus de codécision autour des actions. La population s'en trouve valorisée.

L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) BFC a réalisé un certain nombre de travaux autour du numérique comme activateur de la participation citoyenne en proximité ou la participation des personnes en situation de précarité.

ATD Quart monde a mené une expérience autour du croisement des savoirs et des pratiques. Ils ont publié un guide intitulé « *Quand des personnes en situation de pauvreté, des universitaires et des professionnels pensent et se forment ensemble* ». Ce sont des pistes de travail dont nous pouvons nous inspirer, pour résoudre les problèmes soulevés autour de la participation.

Le débat éthique est toujours plus intéressant en pluriprofessionnalité. Dans l'atelier formation a été évoqué l'enjeu du développement de l'esprit critique qui va permettre à tous de s'impliquer dans ces débats éthiques. Pour favoriser l'engagement dans la santé publique, notion d'engagement qui me semble fortement liée à l'éthique, il est nécessaire de « *glamouriser la santé publique* ». La notion d'engagement renvoie également à une dimension d'engagement politique.

Charlotte Marchandise-Franquet, adjointe à la santé de la Ville de Rennes et présidente du réseau des villes santé, affirme que « *l'appui de données probantes est indispensable pour soutenir le courage politique parfois nécessaire pour agir en faveur de la santé* ». Cela me semble être un rôle du Pôle que vous constituez.

Évidemment, il est nécessaire de développer des compétences pour la participation. Nous avons évoqué la possibilité de l'apprentissage de la recherche par la recherche. Pour la participation c'est la même chose. La participation s'apprend par la participation. Plus nous ferons participer les personnes avec lesquelles nous travaillons, mieux nous saurons faire, parce que nous aurons mieux identifié les conditions à respecter, les méthodes qui fonctionnent le mieux...

Nous devons apprendre à entrer dans une relation réciproque et de confiance avec la population. Le véritable enjeu étant non seulement de se faire comprendre de la population, mais aussi de prendre sa parole en compte, être conscient d'une multiplicité d'avis et faire confiance à l'intelligence collective.

Financement

Le financement des actions en amont et en aval de la recherche, la nécessité de co-construire les projets, de mettre en œuvre les projets de recherche de façon participative et

Clôture

Olivier OBRECHT

Directeur général adjoint de l'ARS Bourgogne – Franche-Comté

Je me permets de conclure ce séminaire au nom de l'ARS, mais j'aurais pu être accompagné d'un représentant de la Région. Le Pôle est une démarche entamée il y a trois ans par François Baudier, Claude Michaud et d'autres personnes de l'agence. Il s'agit d'un travail de conviction. Lorsque les actions se précisent, une réelle approche fédérative se construit. Les moyens à engager ensemble, les financements et la temporalité à accorder au projet sont en réflexion, à accorder avec les logiques institutionnelles qui reprennent le pas. Chacun rentre forcément dans ses logiques personnelles et institutionnelles d'annualité budgétaire, de plan stratégique, de projet pluriannuel...

L'ambition de ce Pôle fédératif de recherche et de formation est de passer au-dessus et au-delà de ces logiques. Non pas en remettant en cause l'ensemble des fonctionnements administratifs, mais en « *traversant les cloisons* », c'est-à-dire en définissant en amont comment mettre en synergie un certain nombre de thèmes communs que nous ne considérons pas depuis la même fenêtre.

Le regard de l'ARS n'est évidemment pas celui de certains chercheurs, qui sont éloignés de la santé, mais dont les travaux nous intéressent grandement aujourd'hui pour surmonter certains blocages que rencontre le système de santé. Ainsi, les sciences humaines, des éléments de géographie et de géologie, notamment, peuvent éclairer certaines résistances au changement. Les deux mots clés du plan « Ma Santé 2022 »⁵² sont « *collectif* » et « *coordonné* ». Nous essayons de mettre en place des mesures qui vont dans ce sens. Or ce sont deux termes que le domaine de la santé s'approprie avec difficulté. Le monde de la santé s'est construit autour de la médecine spécialisée, de l'hôpital et d'un exercice individuel. Aujourd'hui, nous tentons de mener des actions coordonnées et collectives, dont le premier niveau est bien le premier recours, porte d'entrée dans le système. Ainsi, nous percutons les trois piliers de l'organisation du système de santé depuis 60 ans.

Par conséquent, nous avons besoin de l'enrichissement notamment des sciences humaines pour franchir un certain nombre de barrières et permettre aux professionnels de sortir des logiques dans lesquelles ils ont été formés. En effet, nous reproduisons ce que nous avons appris.

L'ambition de ce Pôle fédératif de recherche et de formation, que l'ARS et le Conseil régional soutiennent depuis l'origine, est bien de construire cette transversalité, gage du progrès dans un contexte de contrainte financière. La contrainte financière est en effet importante et durable. En réfléchissant autrement aux organisations, nous pouvons faire beaucoup mieux, sans nécessairement y consacrer davantage de moyens.

Déplacer les financements reste un enjeu, même si nous n'en n'avons pas davantage pour financer l'ensemble.

Ce séminaire est visiblement un succès puisque les participants ont exprimé leur satisfaction. Certains ont même découvert ce qu'était l'article 51⁵³, que nous devons nommer « *dispositif d'innovation organisationnelle en santé* ». Les deux premiers projets nationaux remontés des régions proviennent de Bourgogne – Franche-Comté. Le projet DiVa (Dijon Vasculaire) a été avalisé la semaine dernière par le comité national⁵⁴. C'est un

52. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Ma Santé 2022*. DICOM : 2018. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>

53. DGOS. *Expérimenter et innover pour mieux soigner*. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article-51>

54 Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté. Arrêté n°009ARSBFC/DG/2018-009 relatif au projet d'expérimentation DiVa (Dijon Vascular Project) de suivi intensif commun des accidents vasculaires cérébraux et des

projet d'organisation des parcours de santé des patients ayant subi un AVC ou un infarctus, en partenariat entre la ville et l'hôpital, dans une continuité de deux ans de prise en charge. L'ambition est de démontrer qu'un suivi attentif protocolisé et pluriprofessionnel diminue les complications à moyen terme, notamment en matière de handicap. Cela implique également la réduction des coûts sociaux et indirects et la réduction directe des coûts de santé, par la diminution des récidives ou complications précoces ou à moyen terme des patients.

Un travail en amont sur l'organisation peut être même facteur d'économies. C'est ce que nous espérons, pour valider *a posteriori* cette démarche fédérative, qui nous permet de réinjecter dans le système des financements épargnés ou inutilement consommés.

Vous avez souligné l'importance d'allier deux démarches, qui sont parfois contradictoires : la temporalité de la recherche et celle de la logique administrative. Aujourd'hui, ces deux temporalités ont tendance à se rapprocher. Dans des logiques de Projets régionaux de santé (PRS) fixant des orientations stratégiques à dix ans, les décideurs ont compris que les logiques de modification organisationnelle sont des logiques de moyen et long termes. Bien sûr, certains projets devront toujours répondre à des urgences politiques. Mais à partir du moment où nous poursuivons un cap, nous devons faire en sorte que nos actions quotidiennes restent cohérentes avec la cible. Si nous ne perdons pas ce cap de vue, nous pouvons nous permettre de tirer quelques bords pour atteindre une destination.

L'ambition de l'ARS est de poser, en matière d'offre, quelques jalons à moyen et long termes, pour outiller le rationnel et atteindre la cible. Le Pôle fédératif peut jouer un rôle dans ce domaine.

Vous avez évoqué trois dimensions. Tout d'abord, en matière d'organisation, l'article 51 constitue non seulement une opportunité, mais surtout un outil. L'innovation organisationnelle en santé, permise par la loi de financement de la Sécurité sociale 2018, représente la possibilité de s'affranchir d'un certain nombre de cadres à partir de l'émergence d'une idée. Ces idées organisationnelles ne seront valides qu'après leur évaluation. Nous y serons attentifs, même si dans ce cadre précis de l'innovation en santé, les pouvoirs publics ont prévu un dispositif d'évaluation particulier. Dans une région vaste et peu peuplée comme la nôtre, où les distances au système de soin sont parfois élevées, nous avons un enjeu particulier d'équité dans l'accès aux soins. L'égalité formelle est acquise, en revanche l'équité, c'est-à-dire accorder un accès identique aux droits quel que soit le lieu de résidence dans la région, reste un combat. C'est celui du PRS.

Ce combat passe par une préoccupation particulière pour des accompagnements individualisés dans le système de soins et de santé, mais aussi sur les moyens de communication, qu'il s'agisse de l'*e-santé* ou de la télémédecine, et enfin, avec l'aide du Pôle, sur des recherches qui pourraient concerner les mobilités des transports des patients. La création de filières et la concentration de nos plateaux techniques entraînent la progression de l'éloignement. Par conséquent, l'apport de la compétence en proximité ainsi que les problématiques d'accès au soin liées à l'éloignement géographique, social ou environnemental doivent être explorés. Dans la littérature actuelle, cela reste une tâche « aveugle » de l'organisation du système de santé.

Le sujet de l'environnement émerge depuis plusieurs années et les équipes régionales qui y travaillent sont reconnues. Les données probantes relatives commencent à exister et à être valorisées en tant que telles. Il a ainsi été démontré qu'un pic de pollution entraîne un pic d'AVC dans les zones urbaines. Aujourd'hui, des évidences nous permettent d'agir et de démontrer un certain nombre de choses dans le domaine environnemental, à l'aide d'approches pluridisciplinaires. Nous devons combiner les connaissances de l'ATMO (Association agréée de surveillance de la qualité de l'air) et de l'ARS pour en déduire un plan d'actions. Tout ceci n'a de sens que si nous sommes capables de proposer aux pouvoirs publics, à la DREAL (Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement), la Préfecture de Région, et aux opérateurs qui nous entourent des politiques

infarctus du myocarde par des infirmières, médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux, dans le groupement hospitalier de territoire (GHT) 21-52. 009ARSBFC/DG/2018-009 déc 21, 2018 p. 53. [Lien](#)

combinées. C'est la volonté de plus en plus portée par la puissance publique, avec la stratégie de l'État en régions et le débat porté par le président de la République sur la simplification de l'administration française avec une plus grande pluridisciplinarité. Développer la pluridisciplinarité, même dans l'administration, est un enjeu, chacun poursuivant sa propre logique. Par exemple, nous avons un plan régional de santé, un autre pour l'environnement, les transports, le logement, etc.

Aujourd'hui, l'enjeu est bien de travailler ensemble. Nous avons l'ambition que ce Pôle fédératif de recherche et de formation soit une sorte de fer de lance, de « lumière dans le tunnel », pour nous garantir que nous sommes capables, sur les thématiques de santé, d'incarner le *Health in all Politics*, dans des dimensions de recherche fédérative.

Dans le domaine de la formation, qui est capital, le service sanitaire est une opportunité forte de changer ses pratiques. Mais il s'agit avant tout de donner, dès le départ, une dimension interprofessionnelle à la formation des étudiants en santé. « Ma Santé 2022 » prévoit la réforme du *numerus clausus* et la modification des cursus de santé.

Nous ne pouvons travailler en interdisciplinarité que si nous avons rencontré les autres au cours de nos études. Si nous avons eu des modules communs avec des assistants sociaux, des infirmiers ou des kinés, pendant notre cursus, et le service sanitaire le propose, alors nous pouvons espérer faire évoluer les pratiques.

Je souhaite exprimer un message de forte attente vis-à-vis du Pôle. L'ARS et le Conseil régional sont prêts à accompagner financièrement le Pôle pour qu'il puisse exister avec des moyens propres. Il ne s'agit pas de créer une nouvelle structure, mais d'assurer une animation et de financer des appels à projets de recherche de manière plus cohérente. Nous finançons déjà des projets de recherche. L'an dernier nous avons alloué 200 000 euros à des projets portant par exemple sur des filières de soins pour les enfants « dys », mais aussi sur les raisons qui amènent les personnes âgées aux urgences de l'hôpital alors qu'elles sont suivies à domicile par des infirmiers et des travailleurs sociaux et, enfin, sur l'accompagnement de la fin de vie.

Avec le Conseil régional, nous souhaitons donner plus de lisibilité, faire en sorte que les appels à projets puissent bénéficier d'une orientation préférentielle de ces financements de recherche. La synergie des financements de recherche est un enjeu majeur, pour que tout le monde travaille à des priorités définies en commun.

Je vous remercie de votre participation à ce séminaire. L'essentiel reste à faire. Pour autant, soyez assurés du soutien de l'ARS et des financeurs pour porter cette dynamique.

François BAUDIER

Nous avons largement échangé au cours de ce séminaire inaugural du Pôle et des pistes prometteuses pour la santé publique, la recherche et la formation ont été dressées. Nous allons les mettre en mouvement avec votre aide et la poursuite de votre implication.

Nous vous remercions très sincèrement et très chaleureusement d'avoir consacré au Pôle deux jours de votre temps professionnel et personnel. Nous vous souhaitons un bon retour à tous !

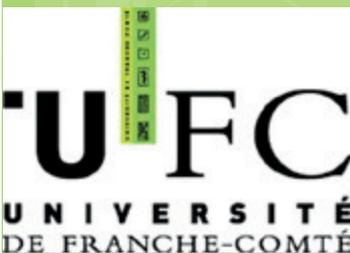
ANNEXES

PRÉSENTATIONS DES INTERVENANTS



LA SANTÉ DANS L'ENVIRONNEMENT RURAL

PAR CLÉMENT PREVITALI



La santé dans l'environnement rural

Séminaire inaugural et résidentiel
– Pôle fédératif de recherche et
de formation en santé publique
BFC

29-30 novembre 2018 - Beaune

Clément PREVITALI
Docteur en sociologie
Directeur ASEPT FC/B
Chargé de missions MSA FC

Sommaire

- Petit rappel historique des collaborations entre MSA et Université
- Transférabilité auprès de la population rurale et agricole
- Atouts / Contraintes rencontrées durant ces expériences

Rappel historique

Santé-Environnement Rural- Université de Franche-Comté (SERF)

- Depuis 1985
- CHU Besançon – UFR SMP – MSA 25
- Poumon de fermier / Echinococcose alvéolaire



Création de l'unité de recherche
(SERF) (EA 2276) en 1993

Le Réseau Régional de Recherche en Santé Publique « PRISMAL »

- 2001 : formalisation autour d'un groupe de recherche sur : *Perception, évaluation et prise en charge des risques pour la santé dans l'environnement rural* : **PRISMAL**.
- **Dépistages** : Echinococcose alvéolaire, Maladie Lyme, Maladie du poumon de fermier, Suicide, Allergie, Toxocarose, Hépatite C, Cancers, Syndrome des doigts blancs (ETF)...
- **3 objectifs** :
 - 1. Quels changements épidémiologiques pour les maladies liées à l'environnement agricole et quelles en sont les causes et les conséquences ?
 - 2. Quelles relations entre le milieu rural et le risque de maladies, les comportements de soins, l'accès aux services et la qualité de vie ?
 - 3. Quelle est la perception et la représentation des risques pour la santé courus "hors la ville", par les populations exposées ?
- INSERM puis élargissement à THÉMA et INRA «Technologies et analyses laitières» de Poligny
- URCAM / ARH / CCMISA / CNAMTS : séminaire « santé en milieu » avec croisement des bases Aquitaine, Languedoc Roussillon, FC
- Université d'été : module « santé en MR »

Vuitton D.A., « Le réseau régional de recherche en santé publique INSERM « PRISMAL » (Perception, représentation et prise en charge des risques pour la santé en milieu rural) », Santé Publique HS/2003 (Vol. 15), p. 169-178

Partenariats scientifiques complémentaires avec les unités de recherche « Chrono-environnement », (UMR CNRS 6565) et « Pathogénie, épidémiologie, résistance des agents infectieux» (EA 3186) de l'Université de Franche-Comté.

Poursuite des partenariats avec la création de l'Association de Santé d'Education et de Prévention sur les Territoires (ASEPT)

1. Les risques respiratoires
2. Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO)
3. Protection contre l'Allergie: étude du milieu Rural et de son Environnement (PATURE)
4. Echinococcose alvéolaire
5. **Ouverture au SHS (sociologie, psychologie)**
 1. Santé en agriculture : « Les maux de la terre »
 2. « Les conséquences sociopsychologiques des politiques agricoles (ConSoPPa) »
 3. Ruptures familiales en TPE
 4. Place des hôpitaux locaux
 5. Sport à la campagne
 6. Stress et burn-out en agriculture
 7. Etc.
6. Autres
 1. AGRICAN
 2. Verrues fromagers (dermatologues)
 3. Etc.

ASEPT FC/B = « terrain de jeu » de la recherche action

- Laboratoire de recherche et innovation en santé en environnement rural
- Liens entre universitaires et acteurs et population

Production de connaissances → Communication...

- Presse locale et agricole : relais
- Production de documents : flyers, affiches, kakémonos...
- Diffusion de documents auprès de la population (par les services prévus la MSA FC)
- Restitutions, réunions publiques thématiques, conférences...
- Publications : rapports, articles...



Prévention secondaire : développement des dépistages

- Interactions entre les services prévention de la MSA FC (MT, MP, PRP) et la population des SA et NSA
- Prise en charge médicale suite à des dépistages positifs par le CHU puis l'ambulatoire

Constitution de réseau de santé

- Création du réseau PAPPA (Pathologies Pulmonaires Professionnelles Agricoles) en 2006
 - Information : documents...
 - Traitement : liens CHU, médecins traitants
 - Prévention : masques, poste de travail...
- Réseau PAPPAl
- Association de patients
- Réseau REPRAN

Développement d'actions

- Risques psychosociaux (*stress, burn out suicide*)
 - Cellule suicide : écoute, psy, assistante sociale, MT...
 - Groupes de parole
 - Agri'sport
 - Dispositions par les services techniques
- Risques respiratoires
 - Réhabilitation fonctionnelle
 - Appareillage
- Dépistages
 - Actions de promotions santé : sensibilisation, information
 - Actions de prévention tertiaire : ETP, ateliers nutrition, sport santé...
- Accès aux soins
 - Groupes de travail sur des projets de santé de territoire
 - Médecine en campagne
 - ESF / ETP / Forfaits diététique et psy...
 - Lobby auprès de l'AHF
- ETF
 - Cellule de réorientation préventive
- ETC.

Contraintes

○ Temporalité

- Délais entre terrain – résultats – publications - restitutions

○ Financière

- Rapport à l'industrie pharmaceutique
 - Question du conflit d'intérêt vis à vis de certaines publications
- Montages financiers compliqués
 - Confiance de la CCMSA envers la CMSA FC

○ Ethique

- Ex : Echino avec des outils biologiques vis-à-vis de cas douteux non aboutis
 - Stresse de la population
 - Limites de la science

○ Règlementaire

- Contraintes CNIL ingérables ; si pas de contournements ¼ seulement aurait pu être fait

○ Transférabilité

- Vulgarisation
- Traduction en actions concrètes

○ Inter personnalité

- Confiance réciproque
- Ruptures

○ Rapport entre « sciences dures » / « sciences molles »

- Sentiment des SHS mal-traitées

Atouts

○ Service à la population

- 1 médecin ou 1 biologiste ou 1... seul ne peut rien faire face à certaines problématiques
- Pertinence de la transversalité et de la pluridisciplinarité dans les réponses apportées

○ Utilisation des bases de l'Assurance Maladie

○ Positionnement

- Solidification du positionnement de la MSA et de la protection sociale
- Image renforcée du fait de s'intéresser à ces questions là

○ Valorisation de la population agricole

- Quand des chercheurs (Pr. Vuitton, Pr Dalphin...) se déplacent à la rencontre de la population agricole, ça valorise la population agricole (qui ne se sent pas laisser pour compte)
- Parfois les résultats valorisent directement la profession agricole : cf. PATURE

○ Valorisation des personnes engagées dans ces démarches

- En interne aux services MSA
- Diversification de leur activité

Est-ce qu'un organisme de protection sociale (MSA) doit se questionner sur les problèmes de sa population ?

2 caractéristiques principales

o **Leur caractère innovant**

associant dans la grande majorité des cas des équipes de chercheurs de disciplines très diversifiées ; elles visent à appréhender à la fois de façon globale et fine les questions de santé, parmi la population vivant en milieu rural et plus spécifiquement les agriculteurs.

o **La dimension participative**

tous les travaux, toutes les initiatives de santé publique et de prévention sont prises en lien étroit avec la population concernée.

ÎLOT DE CHALEUR URBAINS (ICU) ET SANTÉ

ADAPTATION AU CHANGEMENT CLIMATIQUE
PAR YVES RICHARD



Îlots de Chaleur Urbains (ICU) et Santé Adaptation au Changement Climatique

Yves Richard

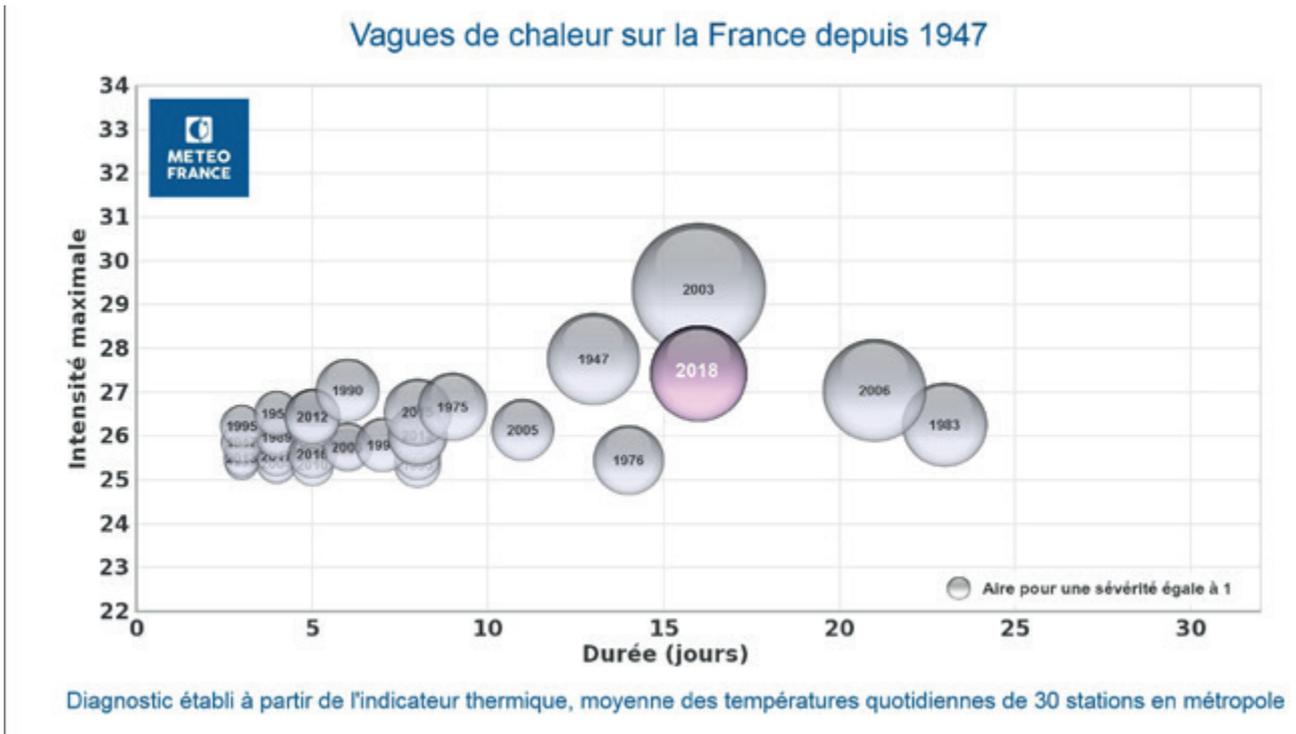
Professeur des universités - Géographie
Responsable de l'équipe « Centre de Recherches de Climatologie » (CRC)



**SEMINAIRE INAUGURAL
ET RESIDENTIEL**
29-30 NOVEMBRE 2018
Palais des Congrès de Beaune
19 Avenue Charles de Gaulle, 21 200 Beaune

1. Canicules et santé

1.1 Vagues de chaleurs (Canicules) : France

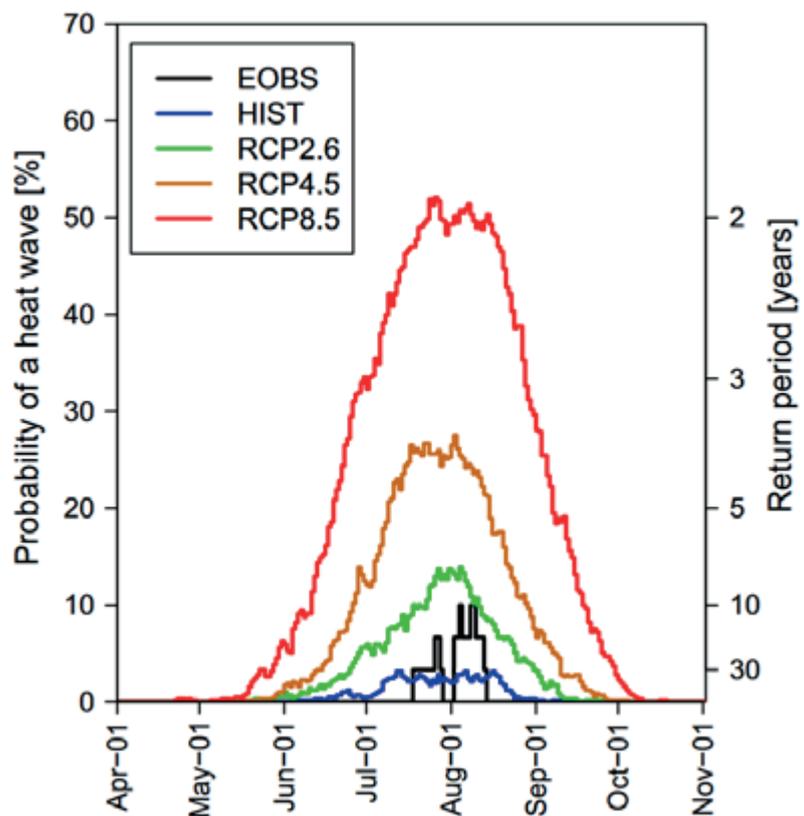


http://www.meteofrance.fr/documents/10192/64965836/Grpche_bulles_MS_canicule2018_9aout2018.png

1. Canicules et santé

1.2 Changement Climatique & Canicules : Europe

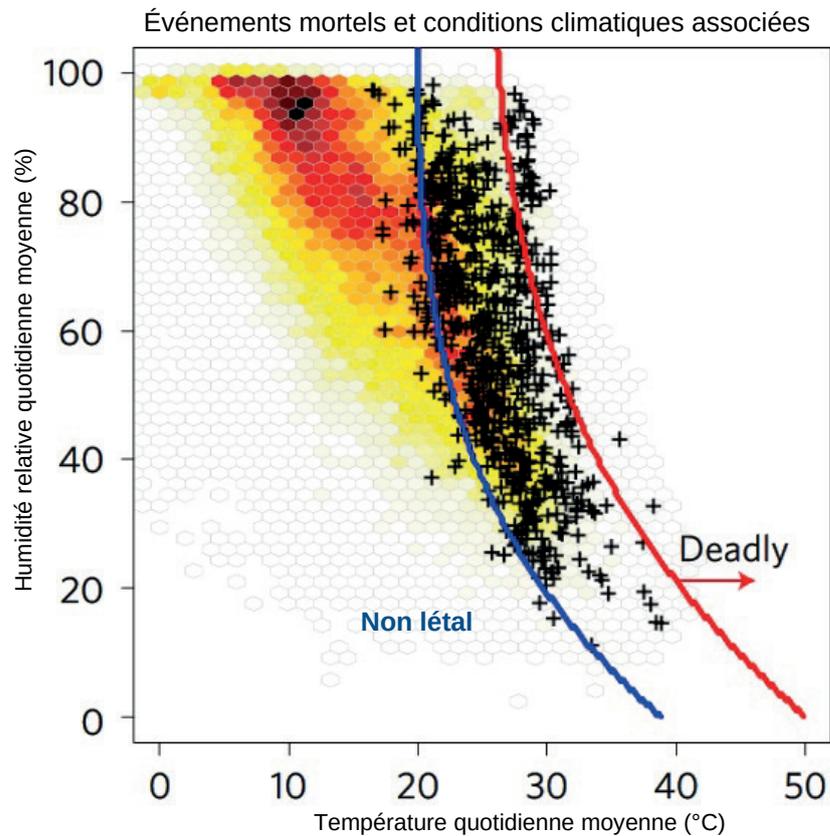
CMIP 5
Régime des canicules
en Europe



Schoetter et al., 2015

1. Canicules et santé

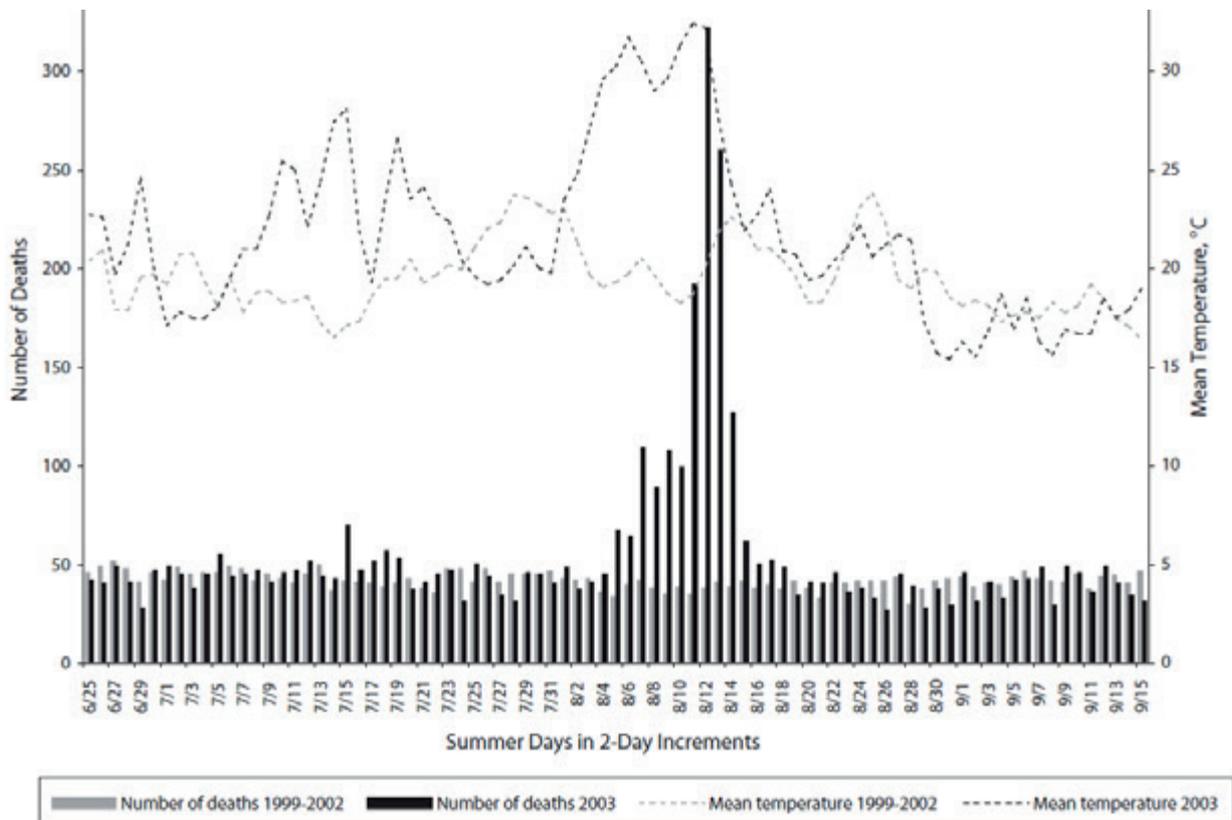
1.3 Température, humidité et mortalité : monde



Mora et al., 2017

1. Canicules et santé

1.4 Canicules et mortalité : le cas de Paris en août 2003



Vandentorren et al., 2004

1. Canicules et santé

1.5 Canicules et mortalité : toutes les villes furent touchées

Surcroît de mortalité dans 13 villes de France

entre les 1 et 19 août 2003

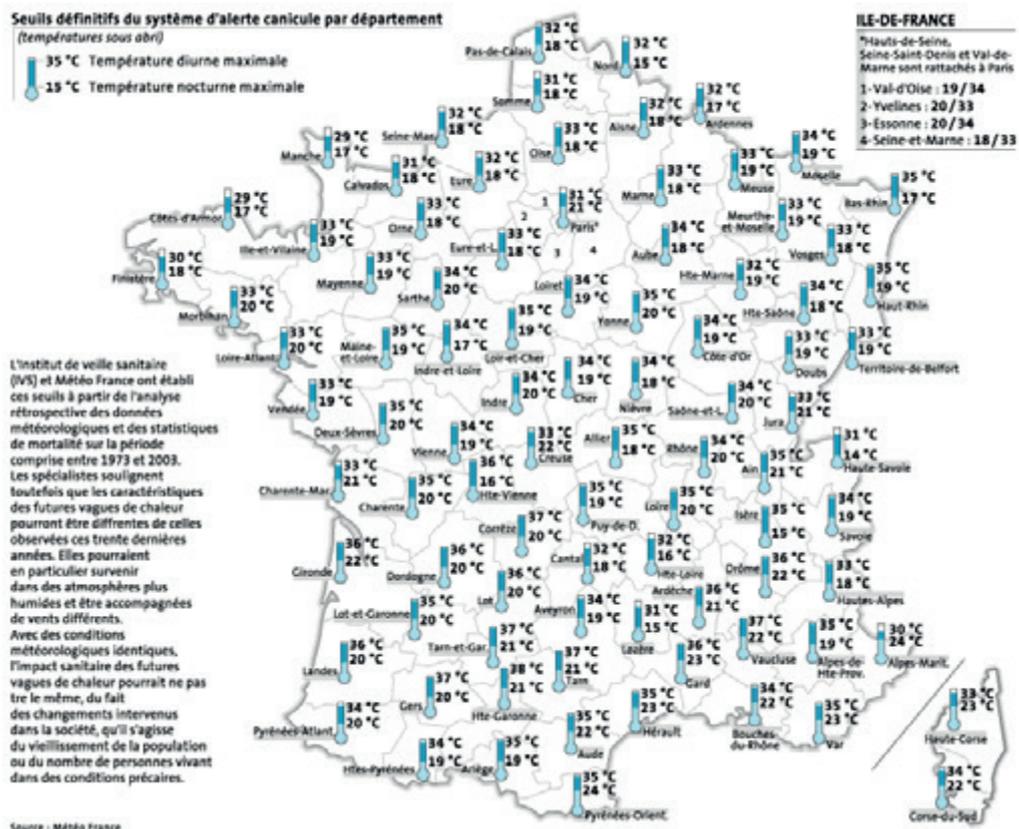
par rapport aux mêmes périodes en moyenne 1999–2002

City	2003 No. of City Deaths	Excess Mortality, %
Bordeaux	318	43
Dijon	168	93
Grenoble	148	28
Le Mans	204	82
Lille	200	4
Lyon	447	80
Marseille	571	25
Nice	341	53
Paris	1854	142
Poitiers	184	79
Rennes	156	36
Strasbourg	253	51
Toulouse	315	36

Vandentorren *et al.*, 2004

1. Canicules et santé

1.6 Seuils de déclenchement des Alertes Canicules

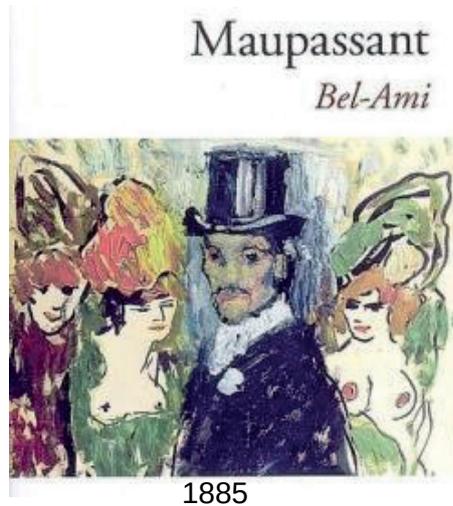


2. Îlots de Chaleur Urbains

2.1 Îlot de Chaleur Urbain : pas nouveau mais... pas pris en compte dans les PLU

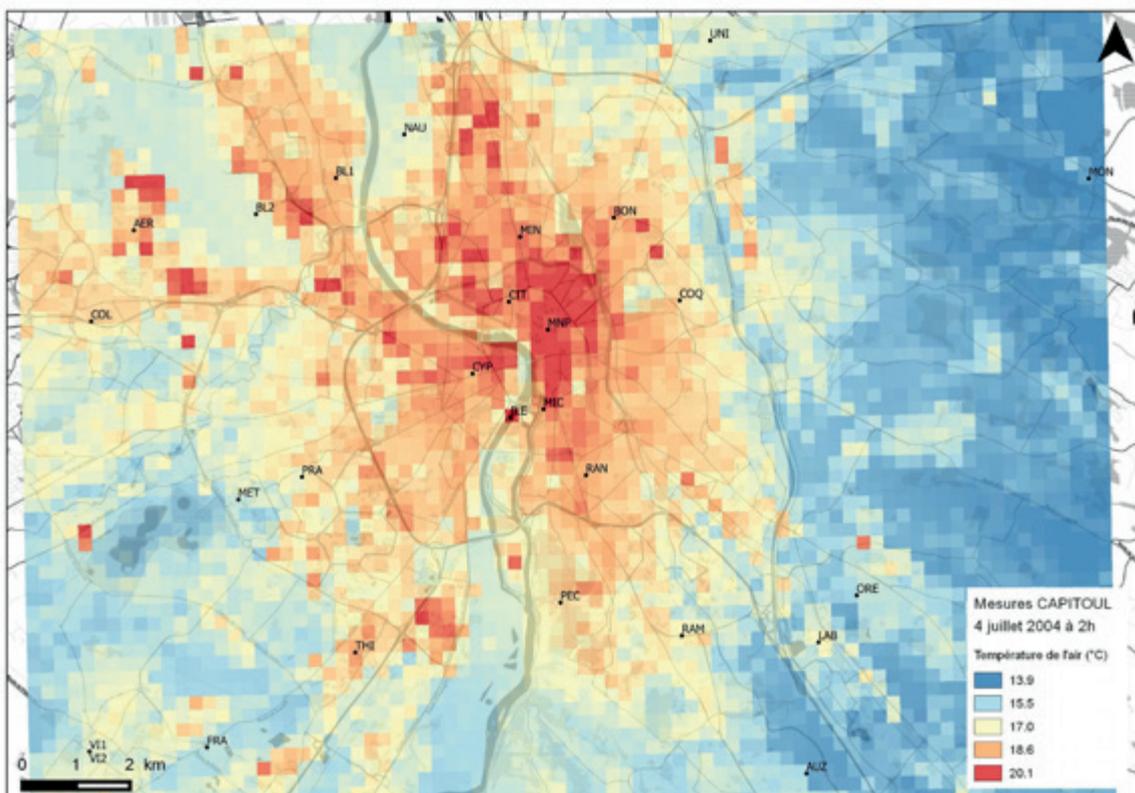
« Ils prirent un fiacre découvert, gagnèrent les Champs-Élysées, puis l'avenue du Bois-de-Boulogne.

C'était une nuit sans vent, une de ces nuits d'été où l'air de Paris surchauffé entre dans la poitrine comme une vapeur de four. »



2. Îlots de Chaleur Urbains

2.2 Îlot de Chaleur Urbain : température une nuit d'été à Toulouse

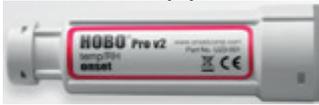


Masson, 2017

2. Îlots de Chaleur Urbains

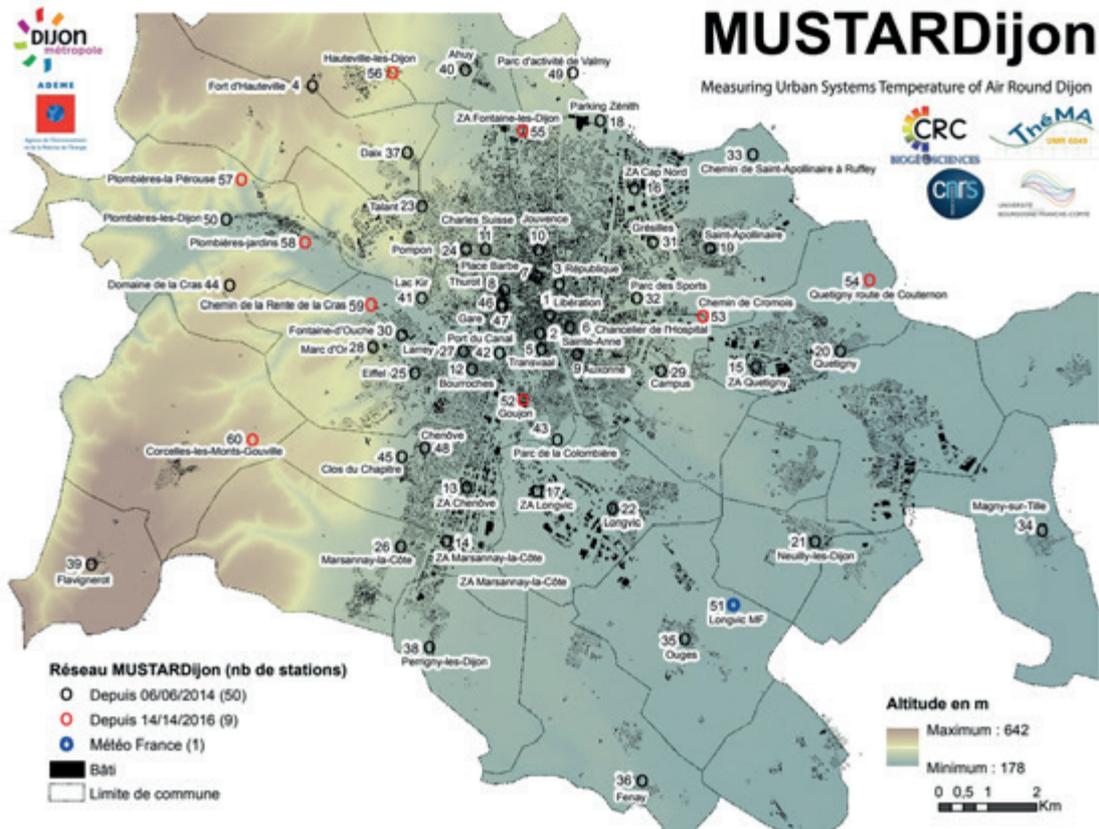
2.3 Îlot de Chaleur Urbain : Dijon Métropole

Un partenariat
Dijon Métropole / ADEME / Université de Bourgogne
Pour déployer un réseau de mesures
(opérationnel depuis 2014)



2. Îlots de Chaleur Urbains

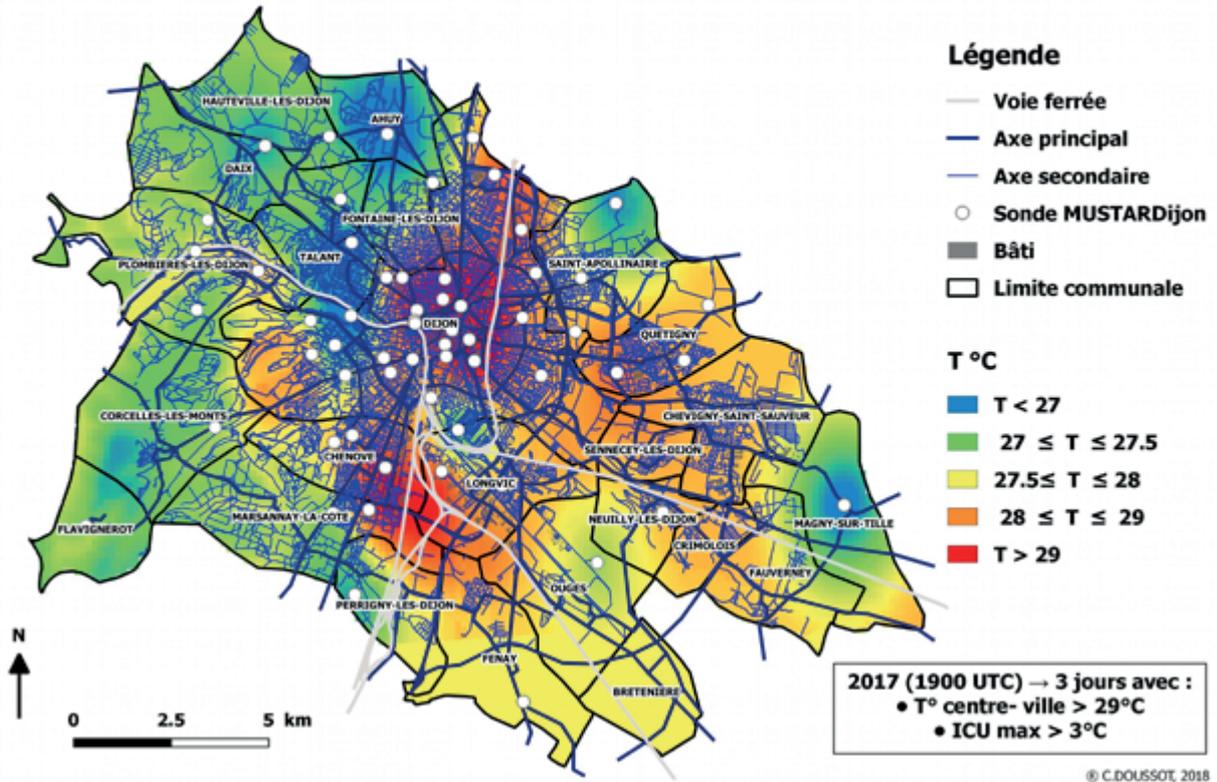
2.4 Carte du réseau MUSTARDijon



2. Îlots de Chaleur Urbains

2.5 Aléa : soirées chaudes en cœur de ville

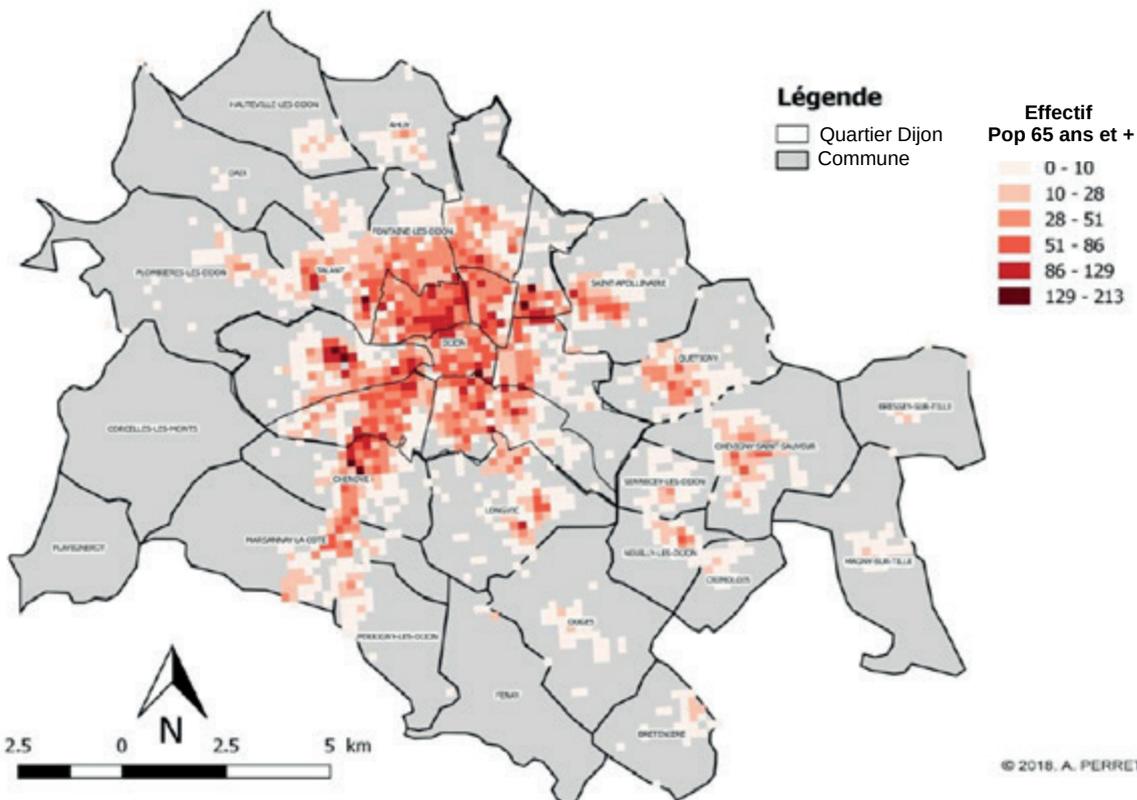
Dijon métropole : Température à 21h



2. Îlots de Chaleur Urbains

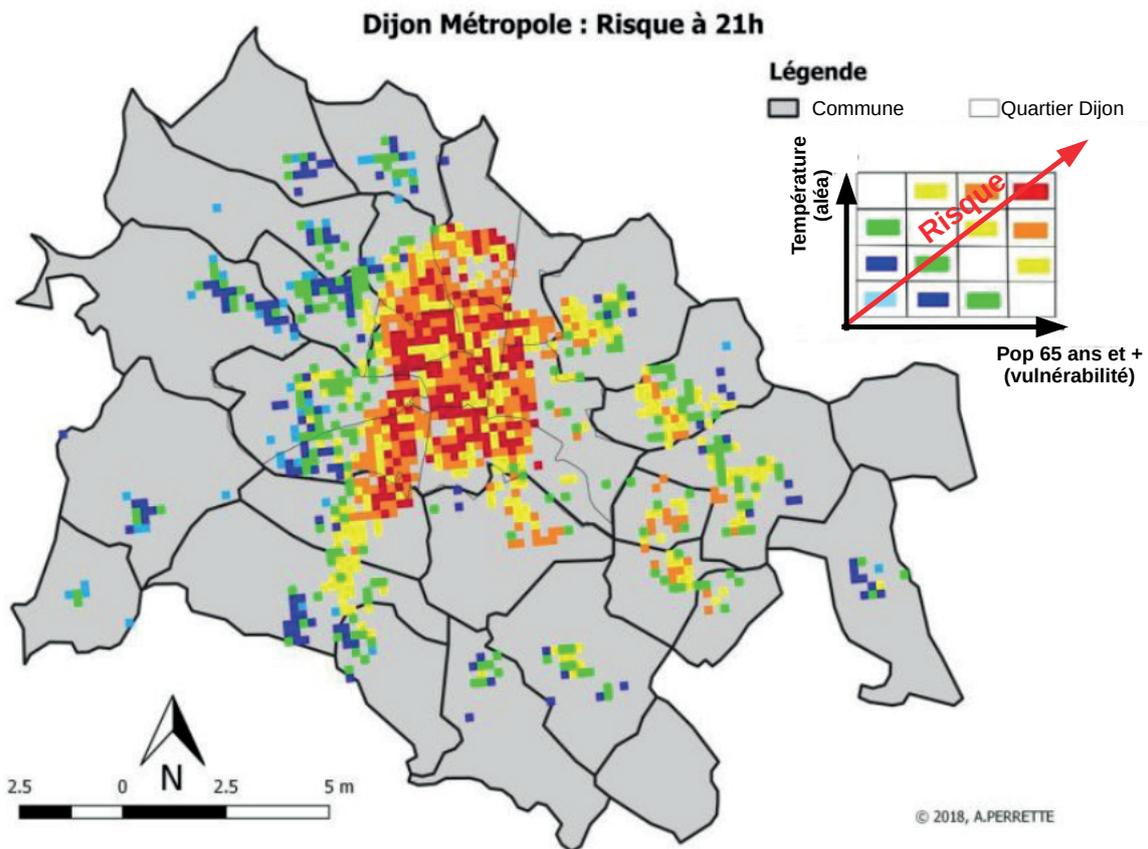
2.6 Vulnérabilité spatialiser les populations vulnérables

Population âgée de 65 ans et plus Dijon Métropole (INSEE)



2. Îlots de Chaleur Urbains

2.7 Risque = aléa * vulnérabilité : élaborer des cartes du risque



3. Îlots de Chaleur Urbains et Santé

Atouts

1/ Santé : avec l'énergie, la question qui, du point de vue sociétal porte la thématique ICU

Contraintes

3. Îlots de Chaleur Urbains et Santé

Atouts

1/ Santé : avec l'énergie, la question qui, du point de vue sociétal porte la thématique ICU

2/ Alerte canicule Dijon Métropole : un partenariat déjà amorcé avec la construction d'un stage de Master 2 sur la thématique (Perrette, 2018)

Contraintes



3. Îlots de Chaleur Urbains et Santé

Atouts

1/ Santé : avec l'énergie, la question qui, du point de vue sociétal porte la thématique ICU

2/ Alerte canicule Dijon Métropole : un partenariat déjà amorcé avec la construction d'un stage de Master 2 sur la thématique (Perrette, 2018)

3/ Aménagement urbain intégrant l'ICU : dans le PCAET de Dijon Métropole en cours d'élaboration

Contraintes



3. Îlots de Chaleur Urbains et Santé

Atouts

- 1/ Santé : avec l'énergie, la question qui, du point de vue sociétal porte la thématique ICU
- 2/ Alerte canicule Dijon Métropole : un partenariat déjà amorcé avec la construction d'un stage de Master 2 sur la thématique (Perrette, 2018)
- 3/ Aménagement urbain intégrant l'ICU : dans le PCAET de Dijon Métropole en cours d'élaboration

Contraintes

- 1/ Dispositif d'alerte canicule sur Dijon Métropole intégrant l'ICU nécessite :
 - que le réseau MUSTARDijon soit connecté ;



3. Îlots de Chaleur Urbains et Santé

Atouts

- 1/ Santé : avec l'énergie, la question qui, du point de vue sociétal porte la thématique ICU
- 2/ Alerte canicule Dijon Métropole : un partenariat déjà amorcé avec la construction d'un stage de Master 2 sur la thématique (Perrette, 2018)

Contraintes

- 1/ Dispositif d'alerte canicule sur Dijon Métropole intégrant l'ICU nécessite :
 - que le réseau MUSTARDijon soit connecté ;



Présentation Technique et Financière PLATEFORMES

RECH
PFT
PTF

IDENTITÉ DE LA DEMANDE

MUSTARDijon AQ : Measuring Urban Systems Temperature of Air Round Dijon & Air Quality

Objet de la demande

GEOBFC

Nom de la plateforme concernée

Géomatique, changement climatique, qualité de l'air

Mots-clés

Sciences de l'Homme et de la Société

Catégorie thématique du projet

Géographie Climatologie Aménagement

Précisez le domaine scientifique concerné

Dijon Métropole

Lieu du projet

21

Département

Dates prévisionnelles :

02/09/2019

Début

31/08/2021

Fin

3. Îlots de Chaleur Urbains et Santé

Atouts

1/ Santé : avec l'énergie, la question qui, du point de vue sociétal porte la thématique ICU

2/ Alerte canicule Dijon Métropole : un partenariat déjà amorcé avec la construction d'un stage de Master 2 sur la thématique (Perrette, 2018)

3/ Aménagement urbain intégrant l'ICU : dans le PCAET de Dijon Métropole en cours d'élaboration

Contraintes

1/ Dispositif d'alerte canicule sur Dijon Métropole intégrant l'ICU nécessite :

- que le réseau MUSTARDijon soit connecté ;
- une convention avec Météo France pour utilisation des sorties du modèle AROME en mode prévision ;



3. Îlots de Chaleur Urbains et Santé

Atouts

1/ Santé : avec l'énergie, la question qui, du point de vue sociétal porte la thématique ICU

2/ Alerte canicule Dijon Métropole : un partenariat déjà amorcé avec la construction d'un stage de Master 2 sur la thématique (Perrette, 2018)

3/ Aménagement urbain intégrant l'ICU : dans le PCAET de Dijon Métropole en cours d'élaboration

Contraintes

1/ Dispositif d'alerte canicule sur Dijon Métropole intégrant l'ICU nécessite :

- que le réseau MUSTARDijon soit connecté ;
- une convention avec Météo France pour utilisation des sorties du modèle AROME en mode prévision ;

2/ Extension des liens avec les CCAS des 23 autres communes de Dijon Métropole



3. Îlots de Chaleur Urbains et Santé

Atouts

1/ Santé : avec l'énergie, la question qui, du point de vue sociétal porte la thématique ICU

2/ Alerte canicule Dijon Métropole : un partenariat déjà amorcé avec la construction d'un stage de Master 2 sur la thématique (Perrette, 2018)

3/ Aménagement urbain intégrant l'ICU : dans le PCAET de Dijon Métropole en cours d'élaboration

Contraintes

1/ Dispositif d'alerte canicule sur Dijon Métropole intégrant l'ICU nécessite :

- que le réseau MUSTARDijon soit connecté ;
- une convention avec Météo France pour utilisation des sorties du modèle AROME en mode prévision ;

2/ Extension des liens avec les CCAS des 23 autres communes de Dijon Métropole

3/ Transposition d'un dispositif d'alerte canicule analogue sur d'autres agglomérations (Besançon, Belfort, Chalon, ...) nécessite préalablement la mise en place d'un réseau d'observation de type MUSTARDijon



3. Îlots de Chaleur Urbains et Santé

Atouts

1/ Santé : avec l'énergie, la question qui, du point de vue sociétal, porte la thématique ICU

2/ Alerte canicule Dijon Métropole : un partenariat déjà amorcé avec la construction d'un stage de Master 2 sur la thématique (Perrette, 2018)

3/ Aménagement urbain intégrant l'ICU : dans le PCAET de Dijon Métropole en cours d'élaboration

Contraintes

1/ Dispositif d'alerte canicule sur Dijon Métropole intégrant l'ICU nécessite :

- que le réseau MUSTARDijon soit connecté ;
- une convention avec Météo France pour utilisation des sorties du modèle AROME en mode prévision ;

2/ Extension des liens avec les CCAS des 23 autres communes de Dijon Métropole

3/ Transposition d'un dispositif d'alerte canicule analogue sur d'autres agglomérations (Besançon, Belfort, Chalon, ...) nécessite préalablement la mise en place d'un réseau d'observation de type MUSTARDijon



Merci de Votre Attention

URBANISME ET EXPOSITION ENVIRONNEMENTALE : EXEMPLE DE L'EXPOSITION AU BRUIT PAR HÉLÈNE HOUOT



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

**Urbanisme et exposition
environnementale : exemple de
l'exposition au bruit**

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon





Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

1. Impact de planification urbaine sur l'exposition au bruit : exploration par la simulation
2. Perspectives d'actions et de recherche

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

Hélène HOUOT ⁽¹⁾
David EPSTEIN
Frédéric MAUNY ⁽²⁾
Sophie PUJOL ⁽²⁾
Cécile TANNIER ⁽¹⁾

1. Impact de planification urbaine sur l'exposition au bruit : exploration par la simulation

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



1. Contexte, problématique, hypothèses et objectifs
2. Méthode
3. Résultats



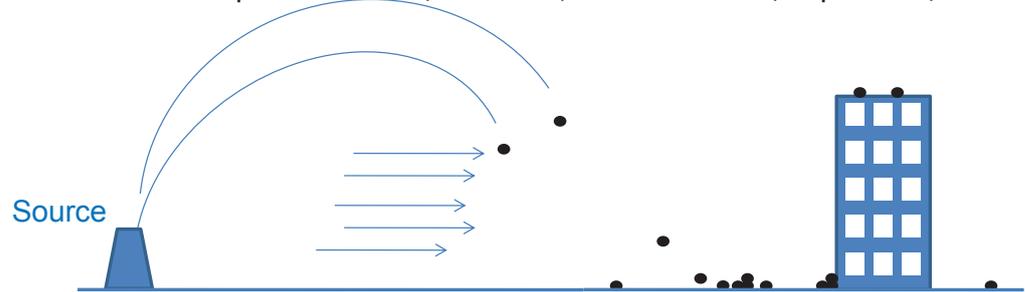
Séminaire inaugural
29-30 novembre 2018

Contexte et problématique

Formes de croissance urbaine et exposition au bruit

Etude du lien environnement/santé

5 étapes : émission, diffusion, contamination, exposition, effet



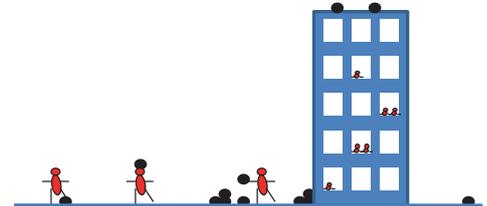
① Emission

② Diffusion

③ Contamination



⑤ Effet sanitaire



④ Exposition

(1)
ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)
Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Séminaire inaugural
29-30 novembre 2018

Contexte et problématique

Formes de croissance urbaine et exposition au bruit

- **Problématique** : Des formes de croissance urbaines différentes, associées à différentes **planifications du développement résidentiel et des transports**, génèrent-elles des profils d'**exposition au bruit** contrastés ?

- **Hypothèses** :

- Pas d'impact ou impact très ponctuel sur les niveaux sonores ambiants
- Impact plus important sur l'exposition des populations

(1)
ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)
Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon





Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

Contexte et problématique

Formes de croissance urbaine et exposition au bruit

- **Problématique** : Des formes de croissance urbaines différentes, associées à différentes **planifications du développement résidentiel et des transports**, génèrent-elles des profils **d'exposition au bruit** contrastés ?

- **Hypothèses** :

- **Pas d'impact** ou impact très ponctuel sur les **niveaux sonores ambiants** (contamination du milieu)

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

Contexte et problématique

Formes de croissance urbaine et exposition au bruit

- **Problématique** : Des formes de croissance urbaines différentes, associées à différentes **planifications du développement résidentiel et des transports**, génèrent-elles des profils **d'exposition au bruit** contrastés ?

- **Hypothèses** :

- **Pas d'impact** ou impact très ponctuel sur les **niveaux sonores ambiants** (contamination du milieu)

- **Impact** plus important sur l'**exposition** des populations

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon





Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



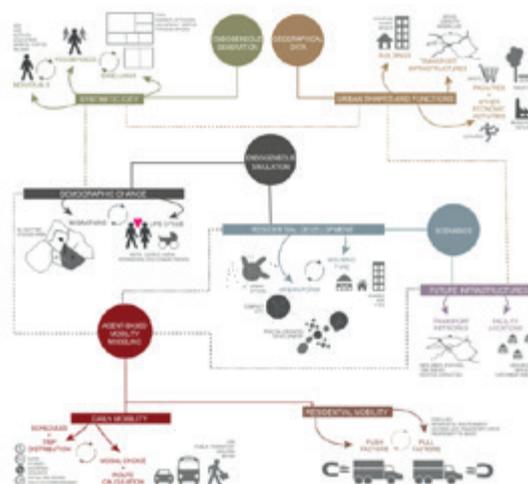
2. Données et méthode

1. Contexte, problématique, hypothèses et objectifs
2. Méthode
3. Résultats



Scénarios horizon 2030

Antoni, Tannier, Vuidel, Hirtzel, 2011



- **Trafic VP, TC = sources sonores**
- **Agents = individus exposés en 2030 (lieux d'activités)**



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon





Séminaire inaugural
29-30 novembre 2018

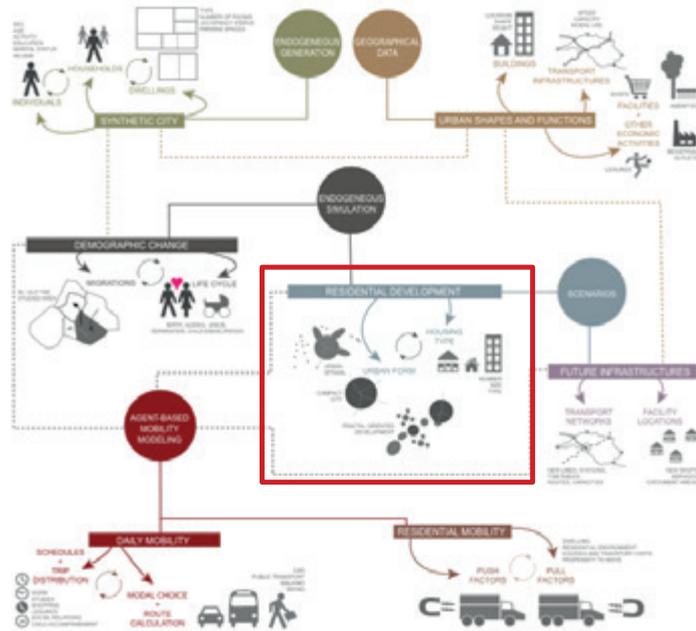
(1)
ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)
Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Antoni, Tannier, Vuidel, Hirtzel, 2011



Séminaire inaugural
29-30 novembre 2018

(1)
ThéMA
UMR 6049 CNRS

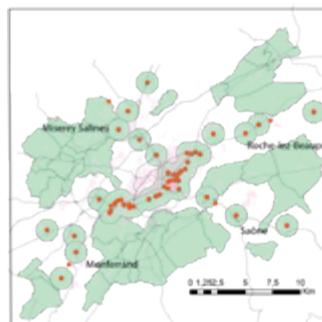
(2)
Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



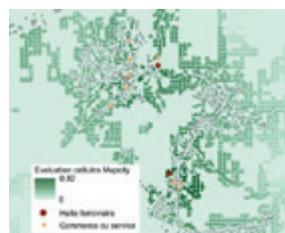
● **Module “développement résidentiel” de MobiSim : approche multi-échelle**

- Echelle agglomération urbaine (globale) : Répartition du nombre et du type de logements (**PLH**)



Découpage administratif
ou ad hoc
(nombre et type
logements)

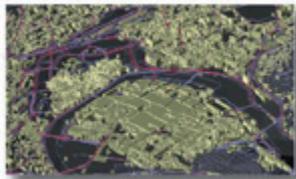
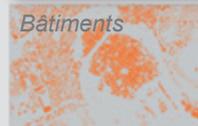
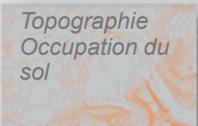
- Echelle globale et(ou) locale: Où le bâti résidentiel est-il construit ? (**zonage PLU, PLUi**) : simulation MUP-City





Séminaire inaugural

Etape 1 : intégration des données d'entrée



Etape 2 : paramétrage des émissions des sources

Données nécessaires, dont **MobiSim** :

- **Bruit routier :**
Nb de VP,
Vitesse,
Nb de VP transit,
Nb de PL, dont bus et tram
Type de trafic (fluide, pulsé)
- **Bruit ferroviaire :**
Nb de TER
Nb autres trains,
Composition,
Vitesse

Etape 3 : calcul des niveaux sonores L_{den} (dB)

- Cartes horizontales (bruit ambiant)



- Niveau sonore de la façade la plus exposée (exposition population) L_{den} (dB)

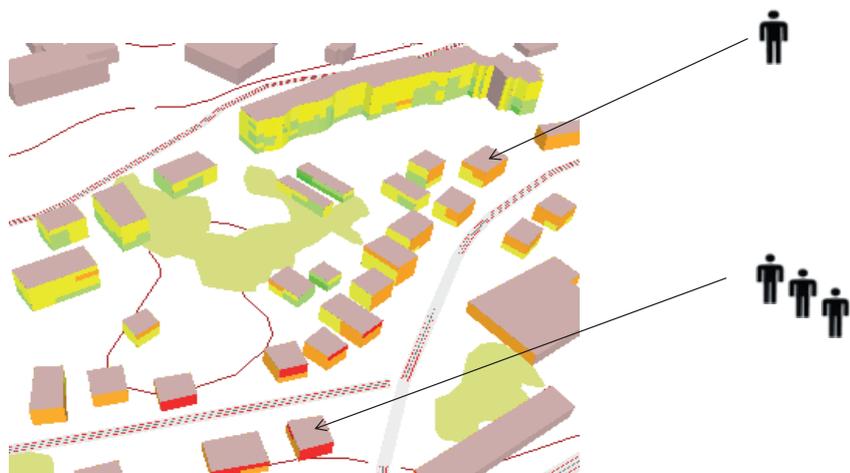


Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018



● **Agents MobiSim = individus exposés**



(1)
ThéMA
 UMR 6049 CNRS

(2)
Chrono-environnement
 UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
 Franche-Comté
 CHRU de Besançon





Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

Données et méthode

Formes de croissance urbaine et exposition au bruit

Application à l'agglomération de Besançon 2 échelles spatiales

Scénarios de croissance urbaine

CAGB
2030

Impacts sur l'exposition au bruit

Commune de
Besançon
2030

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

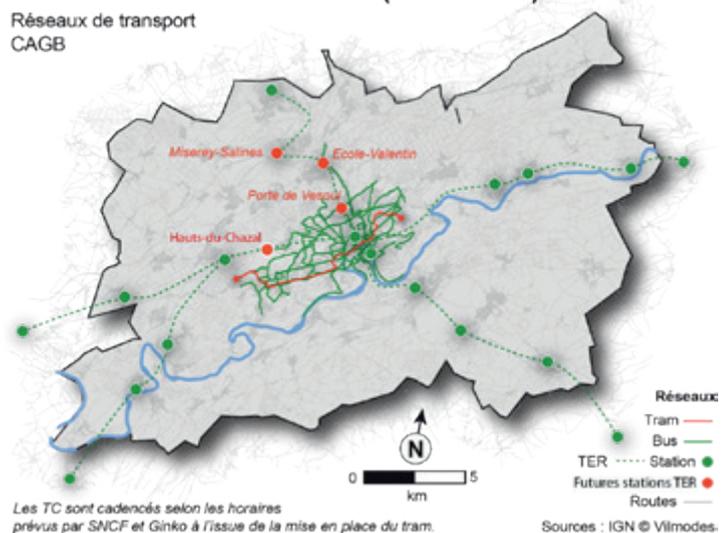
Scénarios de croissance urbaine

● Scénario BAU (prolongement de tendances)

- Prolongement des tendances démographiques et de construction de nouveaux logements : **850/an** dont 500 à Besançon et **35 % de maisons**
- Introduction du **tram** et des **4 haltes** ferroviaires en 2015 (Ecole-Valentin et haltes prévues dans PDU)

Scénario 'Business as usual' (2015 - 2030)

Réseaux de transport
CAGB



(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon





Séminaire inaugural
29-30 novembre 2018

- Construction de **1100/an** dont **770 à Besançon** et **35 % de maisons**
- Introduction du tram et des **4 haltes** ferroviaires en 2015 (Ecole-Valentin et haltes prévues dans PDU)
- A Besançon, combinaison d'un développement en **projet urbain contrôlé (320 logements)** et d'un **développement spontané (450 logements)**

(1)
ThéMA
UMR 6049 CNRS

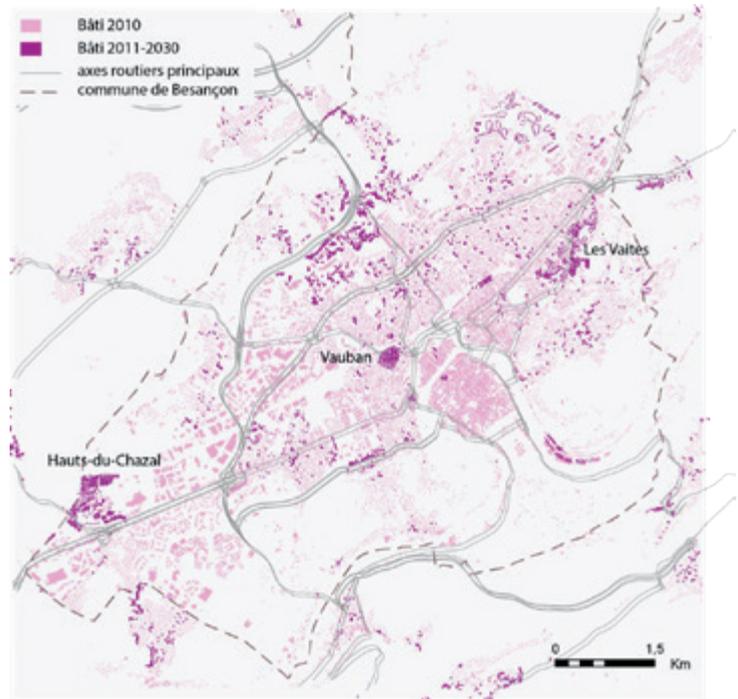
(2)
Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Scénarios de croissance urbaine

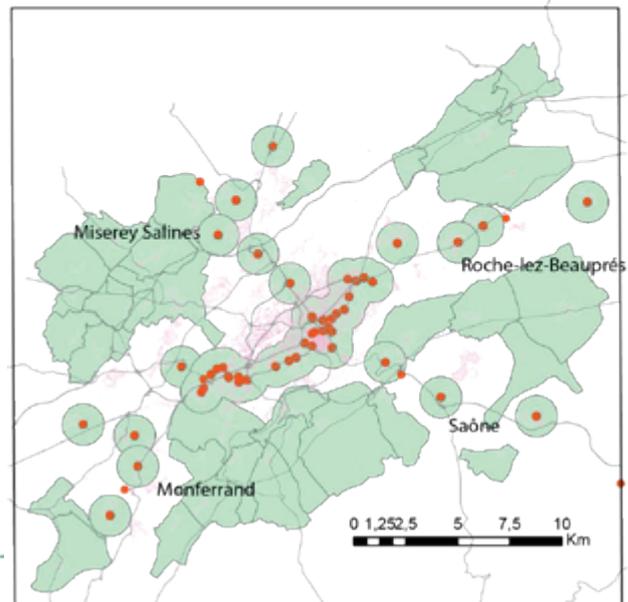
- **Scénario de développement contrôlé (DC)** Tannier et al. 2015
Intensifier le développement résidentiel en habitat collectif dans la ville-centre



Impacts sur l'exposition au bruit

- **Scénario TOD** (Transit Oriented development)

- Construction de **1100** nouveaux logements par an, dont **670 hors Besançon** et **45 % de maisons**
- PLH donnant la **priorité au développement résidentiel autour des arrêts de tram et tram-train** : combinaison de buffers et du découpage communal
- Introduction d'un réseau **tram-train** en 2015



Séminaire inaugural
29-30 novembre 2018

- (1)
ThéMA
UMR 6049 CNRS
- (2)
Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon





Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

3. Résultats

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



1. Contexte, problématique, hypothèses et objectifs
2. Méthode
3. Résultats



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

Résultats

Formes de croissance urbaine et exposition au bruit

- Hypothèse 1 : Pas d'impact ou impact très ponctuel sur les niveaux sonores ambiants

A l'échelle d'un quartier : exemple des Vaïtes

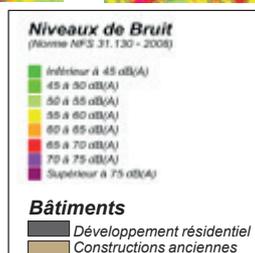
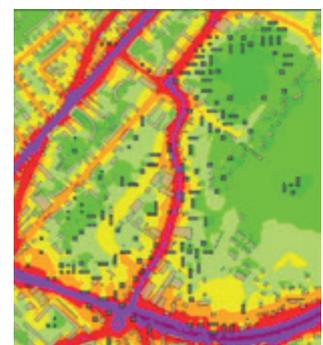
Scénario BAU



Scénario DC



Scénario TOD



Niveau sonore exprimé en L_{den} (indice combiné jour soir nuit), en dB(A)

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon





Séminaire inaugural

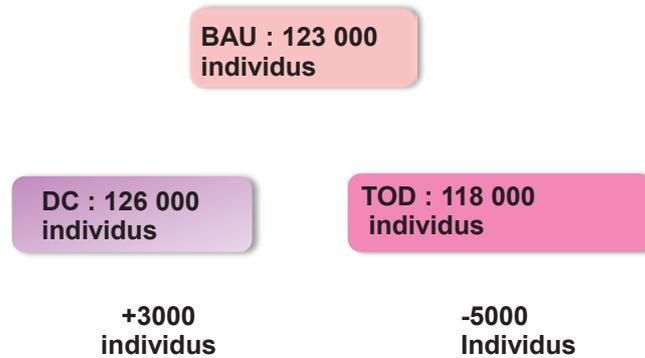
29-30 novembre 2018

Résultats

Formes de croissance urbaine et exposition au bruit

- Hypothèse 2 : Impact plus important sur l'exposition des populations

Effectif de population bisontine en 2030 selon les scénarios



(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

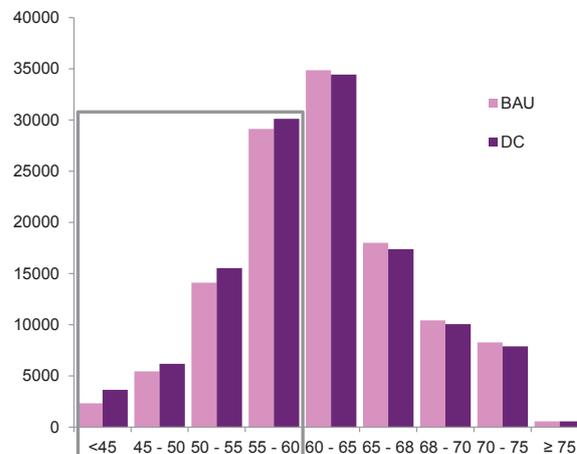
Résultats

Formes de croissance urbaine et exposition au bruit

- Hypothèse 2 : Impact plus important sur l'exposition des populations



Évaluation de l'exposition de la population au bruit au niveau de la façade la plus exposée du bâtiment (indicateur L_{den})



Nombre d'individus exposés, par classes de 5 dB(A)

Exposition < 55 dB(A) (zones calmes)

BAU : 19 500 individus 15% population totale

DC : 23 600 individus 18% population totale

Écart DC/BAU

4000 individus

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon





Séminaire inaugural

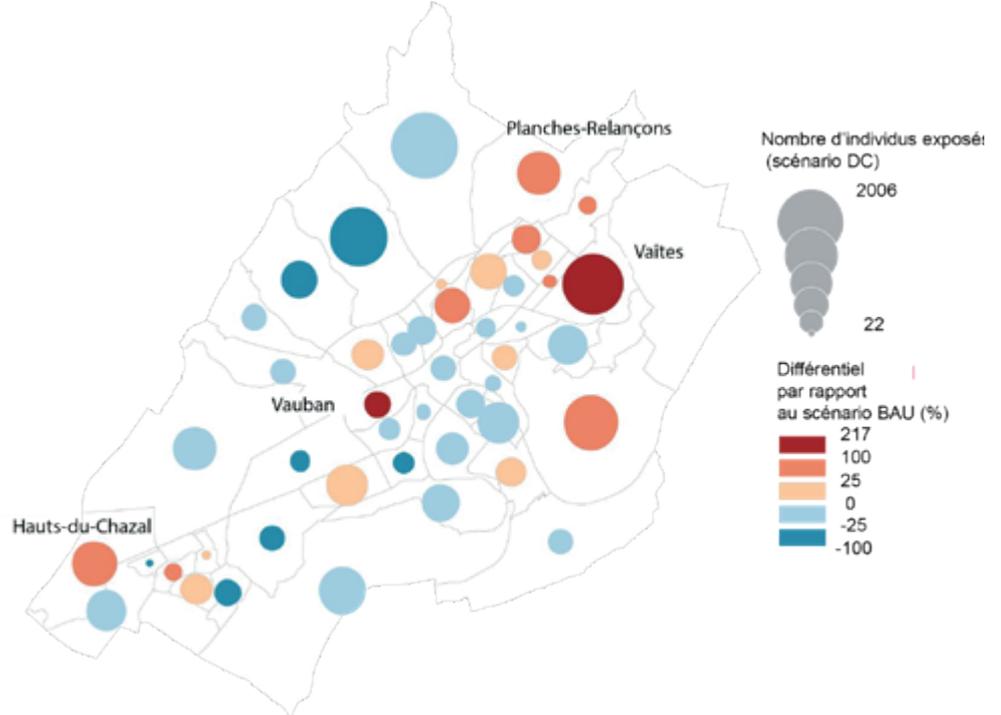
29-30 novembre 2018

Résultats

Formes de croissance urbaine et exposition au bruit

● Hypothèse 2 : Impact plus important sur l'exposition des populations

Localisation des individus situés dans les zones calmes (< 55 dB(A)) pour le scénario DC et différentiel avec le scénario BAU



(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

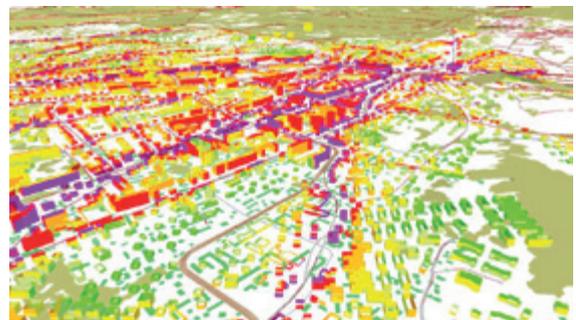
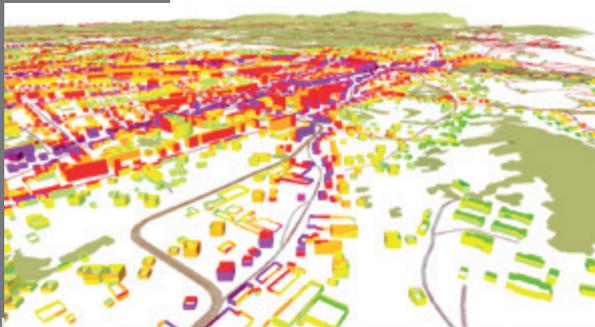
Résultats

Formes de croissance urbaine et exposition au bruit

● Hypothèse 2 : Impact plus important sur l'exposition des populations

BAU
Quartier des Vaïtes

DC
Quartier des Vaïtes



(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon





Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Résultats

Formes de croissance urbaine et exposition au bruit

- Quelle forme minimise le plus l'exposition au bruit ?



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Résultats

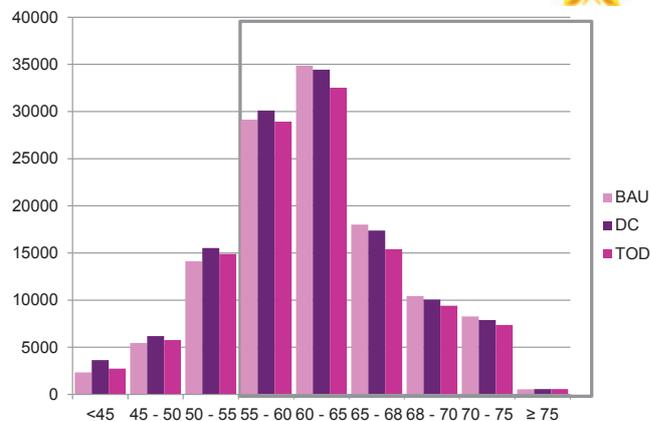
Formes de croissance urbaine et exposition au bruit

- Quelle forme minimise le plus l'exposition au bruit ?

BAU : 123 000
individus

DC : 126 000
individus

TOD : 118 000
individus



Forme urbaine TOD : réduit le plus le nombre d'individus exposés à **plus de 55 dB(A)**



TOD : 94 000 individus, **80% population totale**

DC : 102 000 individus, **82% population totale**

BAU : 103500 individus, **84 % population totale**

Écart TOD/BAU
10 000 individus



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Conclusion, atouts et contraintes

- Contrastes entre scénarios modérés mais non négligeables (écarts 10 000 individus)
- Densification de l'agglomération morphologique principale n'est pas synonyme d'augmentation de l'exposition au bruit...
- ... mais génère une plus forte exposition que dans le cas d'un développement urbain TOD (concentration déconcentrée autour d'un réseau de transport en commun)
- Difficulté d'agir sur la contamination du milieu (bruit ambiant)
= >importance de réflexion sur localisation du développement résidentiel (exposition)
- Intérêt des outils pour tester des scénarios de planification urbaine intégrés (développement résidentiel et transport)



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Conclusion, atouts et contraintes

- Intérêt des outils pour tester des scénarios de planification urbaine intégrés (développement résidentiel et transport) de façon assez réaliste
- Mise en œuvre de nouveaux terrains d'études assez longue



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



2. Perspectives d'actions et de recherche

2. Perspectives

- Combiner l'approche avec des démarches d'aménagement plus ponctuelles basées sur des évaluations impact santé (EIS)

Principe :

- Mise en place d'une **Evaluation d'impact sur la santé (EIS)** = approche transversale pour **étudier les projets d'aménagement** en termes de **benefices pour la santé et le bien-être**

Objectif : maximiser impacts positifs sur santé et s'assurer que le projet ne sera pas générateur d'inégalités

Une EIS est :

- une appréciation prospective des effets potentiels d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé;
- une démarche qui associe les parties prenantes (l'ensemble des acteurs concernés) d'un projet;
- une démarche qui favorise autant que possible la participation de la population concernée par le projet;
- une approche favorisant la réduction des inégalités sociales de santé;
- une démarche systématique reconnue, combinant des méthodes qualitatives et quantitatives;
- un outil de la promotion de la santé, basé sur une définition large de la santé;
- un outil d'aide à la décision, grâce à la production de recommandations concrètes et réalisables visant à améliorer la politique ou le projet dans le sens de la santé.

© inpes, 2015



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon





Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

Perspectives

- Mise en place d'une **démarche santé-environnement globale et intégrée** à l'échelle de 2 projets urbains phares à Lille : **Euralille 3 et Saint-Sauveur**

Projet Saint-Sauveur 2016-2031

- Friche industrielle de 23 ha en lien avec exploitation gare de fret
- Créer un quartier intense et plurifonctionnel : 2400 logements, 40 000 m2 espaces de travail, 30 000 m2 commerces et activités



- **Partenaires experts** : Ecole des Hautes Etudes en Santé publique (EHESP), Observatoire régionale de la santé (ORS)
- Un travail itératif avec aménageur et concepteur

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

Perspectives

- Prise en compte des dimensions sensibles et perceptives de l'environnement sonore (paysage sonore/paysage visible) dans les démarches d'aménagement urbain

Référentiel national pour définition et la création des zones calmes 2008



(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon





Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

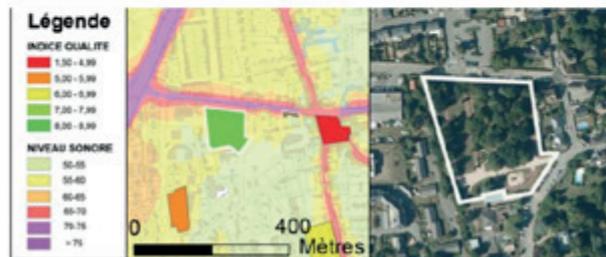
Perspectives

- Prise en compte des dimensions sensibles et perceptives de l'environnement sonore (paysage sonore/paysage visible) dans les démarches d'aménagement urbain

Rennes : intégration d'une approche combinée dans démarche d'aménagement des lieux de ressourcement

Ex. Parc de la Herverie à BRUZ

Perception visuelle	Pratiqués et usages	Liberté d'accès	Perception auditive	
			Richesse de l'ambiance	Qualité de l'ambiance
Perception visuelle et librement naturelle	Regas, détente, promenade	Modalités d'accès (0,5)		
Présence d'éléments naturels	Sports ou loisirs	Typologie des habitats (0,55)		
A l'écart des voies de circulation	Aire de jeux	Localisation et temporalité des entrées (0,5)		
Présence d'éléments patrimoniaux valorisants	Activités culturelles	Visibilité des entrées (0,4)		
Aménagements fonctionnels ou esthétiques	Asphalt et consommation	Sécurité des axes (0,4)		
5/5	4/5	2,75/3	1/5	10/10
IQU = 7,71				



$$IQU = [PV+(PA/3)+PU+LA]/2 = \text{note} / 10$$

(1)

Théma
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

Perspectives

- Prise en compte des dimensions sensibles et perceptives de l'environnement sonore (paysage sonore/visible) dans les démarches d'aménagement urbain

Rennes : intégration d'une approche combinée dans démarche d'aménagement des lieux de ressourcement

Validation de l'IQU en atelier participatif



- Validation des critères d'entrée
- Analyse des lieux évités
 - rues à fort trafic non répertoriées dans la carte de bruit.
 - Voie ferrée pas mentionnée (physiologiquement moins stressante)



Espaces correspondant actuellement aux critères « Zones calmes »



(1)

Théma
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon





Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

Perspectives

- Démarrage d'une recherche (AAP Excellence Région BFC) sur la **les espaces verts urbains privés et publics** à Besançon et Dijon (qualité de vie et densification)
- Référence au concept de **services écosystémiques culturels** (pratiques socioculturelles et **benefices tangibles et intangibles** pour les populations)



Fig. 1. Spectrum of practices and benefits developed at the author's collaborative workshop.

© O'Brien et al., 2017

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



Séminaire inaugural

29-30 novembre 2018

Contexte, problématique, hypothèses et objectifs

Éléments d'acoustique

Niveau sonore exprimé :

- en décibels (dB)
- selon une échelle logarithmique



Théoriquement,

Une réduction de 50% du trafic routier dans une rue présentant un niveau de bruit de 63 dB conduira à une diminution de 3dB, soit un niveau sonore final de 60 dB.

(1)

ThéMA
UMR 6049 CNRS

(2)

Chrono-environnement
UMR 6249 CNRS

Université de Bourgogne
Franche-Comté
CHRU de Besançon



EXPOSITION ENVIRONNEMENTALE

AU BRUIT ET À LA POLLUTION DE L'AIR
AU COURS DE LA GROSSESSE,
AVEC CO-MORBIDITÉS ASSOCIÉES
PAR FRÉDÉRIC MAUNY



Exposition environnementale au bruit et à la pollution de l'air au cours de la grossesse avec co-morbidités associées :

un sur risque d'accouchement prématuré ?
Résultats de l'étude PrémaBqua

F. Mauny, S. Pujol, A. Barbier, D. Riethmuller, P. Sagot, G. Thiriez, M. Barba-Vasseur, H. Houot, J. Defrance, A.-S. Mariet, Q. Tenailleau, E. Benzenine, N. Bernard

- **CHU de Dijon et de Besançon**
- **UMR 6249 Chrono-environnement** CNRS / UBFC
- **UMR 6049 ThéMA** CNRS/UFC
- **Le Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB)**
- **Associations de surveillance de la qualité de l'air de Franche-Comté et de Bourgogne**
- **Financial support by ADEME as part of the « PNREST 2012 » of the French Agency ANSES**



frederic.mauny@univ-fcomte.fr

Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne Franche-Comté, 29-30 novembre 2018

2



Prématurité

- Naissance avant 37 SA
- En augmentation, 7% en France en 2010
 - 60 000 naissances prématurées par an en France
- Conséquences négatives sur le développement de l'enfant physique et psychol.



Muglia. *The Enigma of Spontaneous Preterm Birth.* N Engl J Med 2010.

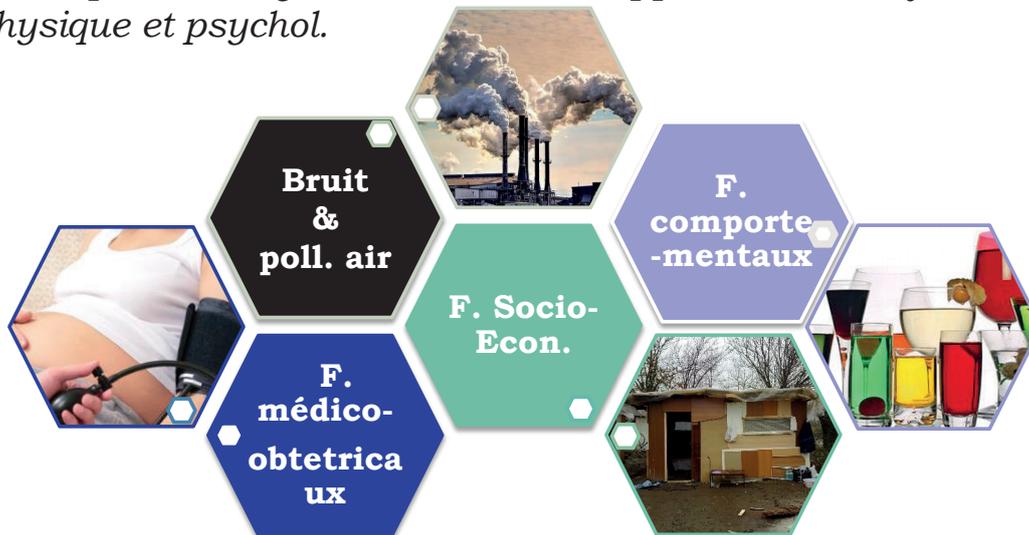
Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne Franche-Comté, 29-30 novembre 2018

3



Prématurité

- *Naissance avant 37 SA*
- *En augmentation, 7% en France en 2010*
 - 60 000 naissances prématurées par an en France
- *Conséquences négatives sur le développement de l'enfant physique et psychol.*



CFA 2018, 23-27 avril 201, Le Havre

4

Milieu urbain et exposition env.

- Forte densité de population
- Forte concentration de sources de bruit et de sources de pollution de l'air

➔ **Conditions optimale d'une multi-exposition environnementale (MEE)**



- Peu d'études portent sur les villes de taille moyenne
44% pop. européenne/100.000-400.000 habitants
- Très peu sur la relation MEE - prématurité

Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne Franche-Comté, 29-30 novembre 2018

5

Le projet PreCEE

Pregnancy and Combined Environmental Exposure

Initié en 2012 , centré sur la grossesse des femmes vivant dans les villes de taille moyenne : approche de la vulnérabilité, en particulier environnementale, et son impact sur plusieurs issues défavorables/complications



6

Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne Franche-Comté, 29-30 novembre 2018

- **CHU de Dijon et de Besançon**
- **UMR 6249 Chrono-environnement** CNRS / UBFC
- **UMR 6049 ThéMA** CNRS/UFC
- **Le Centre scientifique et technique du bâtiment** (CSTB)
- **Associations de surveillance de la qualité de l'air de Franche-Comté et de Bourgogne**
- **Financial support by ADEME as part of the « PNREST 2012 » of the French Agency ANSES**



frederic.mauny@univ-fcomte.fr

Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne Franche-Comté, 29-30 novembre 2018

7

Le projet PreCEE

Pregnancy and Combined Environmental Exposure

Initié en 2012 , centré sur la grossesse des femmes vivant dans les villes de taille moyenne : approche de la vulnérabilité, en particulier environnementale, et son impact sur plusieurs issues défavorables/complications

L'étude PrémaBquA

Analyser la relation entre accouchement prématuré et multi-exposition environnementale au bruit et à la pollution de l'air en milieu urbain dans trois sous groupes :

①

Grossesse unique
sans co-morbidité
associée

②

Grossesse unique
avec co-morbidité(s)
associée(s)

③

Grossesse multiple

Le projet PreCEE

Pregnancy and Combined Environmental Exposure

Initié en 2012 , centré sur la grossesse des femmes vivant dans les villes de taille moyenne : approche de la vulnérabilité, en particulier environnementale, et son impact sur plusieurs issues défavorables/complications

L'étude PrémaBquA

Analyser la relation entre accouchement prématuré et multi-exposition environnementale au bruit et à la pollution de l'air en milieu urbain dans trois sous groupes :

①

Grossesse unique
sans co-morbidité
associée

②

Grossesse unique
avec co-morbidité(s)
associée(s)

③

Grossesse multiple

Méthode. Design et population

- Etude épidémiologique cas-témoins multicentrique

Critères d'éligibilité

- Mère vivant à Besançon ou dans l'unité urbaine de Dijon (France)
- Accouchement au CHU de Besançon ou de Dijon entre 2005 et 2009
- Singleton, grossesse associée à une (des) co-morbidité(s)

CAS

- Tous les accouchements
- Terme < 37 SA

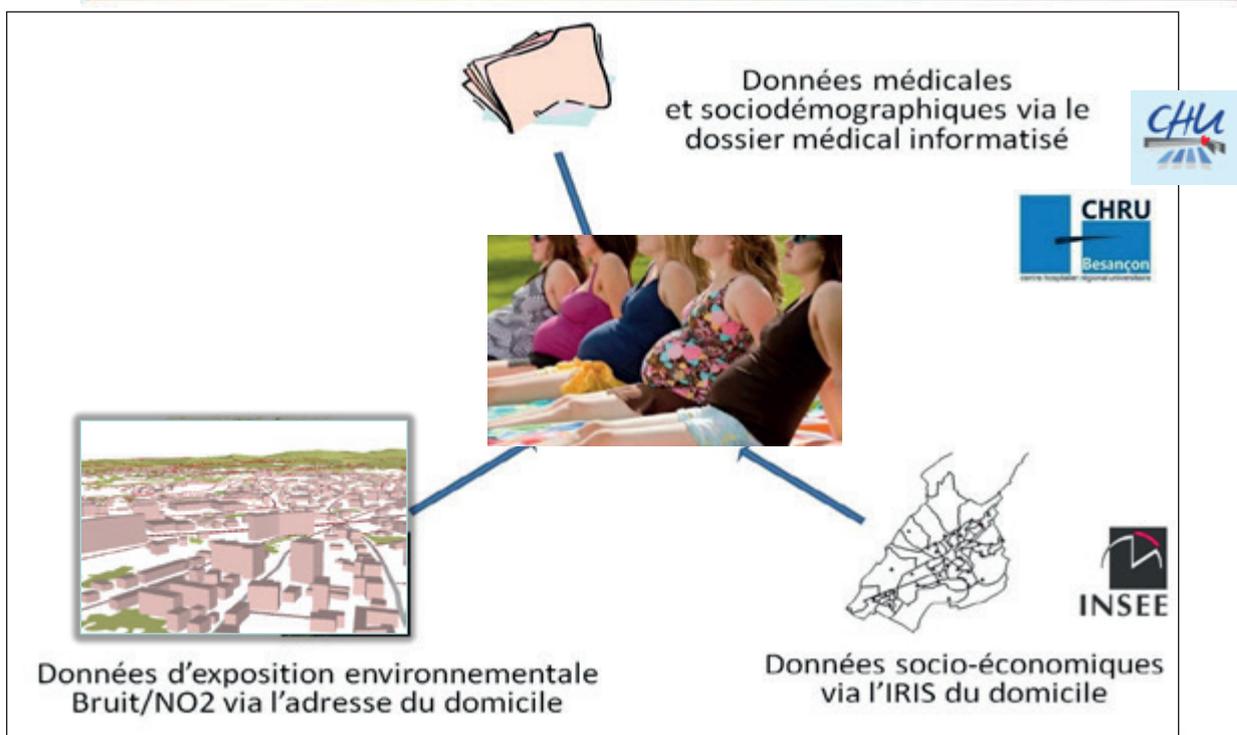
TEMOINS

- Tirés au sort
- Terme \geq 38 SA
- Appariement sur l'âge de la mère et la maternité
- 4 / 1

Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne Franche-Comté, 29-30 novembre 2018

10

Méthode. Les données



Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne Franche-Comté, 29-30 novembre 2018

11

Méthode. Bruit et pollution de l'air

- Géolocalisation de l'adresse de résidence
- Pour les deux sites urbains

MITHRA-SIG v3.3.7 (Géomod / CSTB)

Circul'Air et ADMS Urban (Numtech / CERC)



- Bruit
 - ✓ $L_{Aeq,24h}$ / L_{night} / L_{den}
 - ✓ moyenne, façade la plus/la moins exposée
- Dioxyde d'azote (NO_2) :
 - ✓ Moyenne des façades et buffer de 50 m autour du bâtiment
 - ✓ Grossesse entière, chaque trimestre, 2 derniers mois

Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne Franche-Comté, 29-30 novembre 2018

12

Méthode. Statistique

- Régression logistique conditionnelle : - $L_{night} \geq 55$ dB(A)
- $NO_2 \geq 40$ $\mu g.m^{-3}$
- Ajustement sur facteurs de confusion
- Analyses de sensibilités : - bruit : 5dB(A), L_{den} , $L_{Aeq,24h}$
- NO_2 : 10 $\mu g.m^{-3}$, 4 fenêtres temporelles
- modèle multi-niveaux (individuel, IRIS, ville)



Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne Franche-Comté, 29-30 novembre 2018

13

Résultats. Co-morbidités

- Sur la période 2005-2009, **10.905 accouchements**
- 38% des accouchements singletons avec co-morbidité(s)
- 2503 accouchements inclus

Comorbidités les plus représentées : - Infections autres que génito-urinaires (37 %) - Infections génito-urinaires (28 %) - Anomalies des organes pelviens (23 %)				
		Association brute		Modèle multivarié*
		N	(%)	OR [IC95%]
Nombre de comorbidités :				
1		1276	(51)	-
2		860	(34)	1,6 [1,3-2,1]
3		282	(11)	2,8 [2,0-3,7]
4		68	(3)	7,6 [4,6-12,9]
5 ou 6		17	(1)	10,9 [3,9-30,1]
				12,6 [4,3-36,8]

N : effectif, OR : odds ratio, IC95% : intervalle de confiance à 95 %

Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne Franche-Comté, 29-30 novembre 2018

14



Résultats. Lien bruit-PA

Corrélation entre le niveau de bruit et la concentration en NO₂

		Building noise exposure, dB(A)			50m NO ₂ exposure within 50 meters around the building during pregnancy, µg.m ⁻³				
		LA _{eq,24h}	L _{den}	L _{night}	Entire trimester	First trimester	Second trimester	Third trimester ^a	Two last months
Building noise exposure, dB(A)	LA _{eq,24h}	.	0.95	0.96	0.55	0.52	0.52	0.53	0.51
	L _{den}	.	.	0.97	0.57	0.56	0.55	0.55	0.53
	L _{night}	.	.	.	0.50	0.48	0.48	0.48	0.46
50m NO ₂ exposure during pregnancy, µg.m ⁻³	Entire	.	.	.	.	0.96	0.97	0.94	0.90
	First trimester	.	.	.	.	.	0.90	0.84	0.81
	Second trimester	.	.	.	.	.	.	0.90	0.85
	Third trimester ^a	.	.	.	.	.	.	.	0.96
	Two last months	.	.	.	.	.	.	.	.

Résultats. Expositions environnementales

	Cas N = 507			Témoins N = 1 996		
	M (ET)	Min	Max	M (ET)	Min	Max
Bruit, dB(A) :						
L_{night}	53 (6)	37	77	52 (6)	28	76
L_{den}	59 (6)	42	83	59 (6)	34	82
$L_{Aeq,24h}$	56 (5)	41	77	56 (5)	33	76
NO_2 , $\mu g.m^3$:						
grossesse entière	25 (7)	9	50	25 (8)	8	49
1 ^e trimestre	25 (8)	9	50	25 (8)	8	50
2 ^e trimestre	25 (8)	10	56	25 (8)	6	56
3 ^e trimestre	25 (8)	10	52	25 (8)	7	53

N : effectif, M : moyenne, ET : écart-type, Min : minimum, Max : maximum

Résultats. Exposition - prématurité

	Association brute	Modèles multivariés	
	OR [IC95%]	OR [IC95%] (1)	OR [IC95%] (2)
$L_{night} \geq 55$ dB(A)	1,18 [0,96-1,45]	1,27 [1,01-1,60]	1,23 [0,97-1,56]
L_{night}^*	1,01 [0,99-1,03]	1,01 [0,99-1,03]	1,01 [0,99-1,03]
$L_{den} \geq 60$ dB(A)	1,12 [0,91-1,38]	1,17 [0,94-1,45]	1,18 [0,94-1,49]
$NO_2 \geq 40$ $\mu g.m^3$	0,92 [0,70-1,21]	0,82 [0,62-1,11]	0,83 [0,61-1,13]
NO_2^*	1,00 [0,99-1,01]	1,00 [0,98-1,01]	1,00 [0,98-1,01]

OR : odds ratio, IC95% : intervalle de confiance à 95 %

(1) niveau de bruit/ NO_2

(2) âge, ville, niveau de bruit/ NO_2 , parité, IMC, tabagisme, indice socio-économique, mode de vie, profession +/- nombre de comorbidités

* pour une augmentation de 5 dB(A) ou 10 $\mu g.m^3$

A retenir

- Forte association cumul de comorbidités prématurité
➔ augmentation linéaire du risque
- Exposition au NO₂ faible
➔ pas d'association **NO₂ – prématurité**, résultats comparable groupe 1 de l'étude PrémaBquA
(Barba-Vasseur et al. *IntJ Epidemiol* 2017)
- Exposition au bruit modérée
➔ association **bruit-prématurité** proche de la signification
- Exposition aux nuisances sonores : facteur aggravant la vulnérabilité,
➔ effet propre, interaction, médiation ?

Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne Franche-Comté, 29-30 novembre 2018

18

Et après ?

- Trouble de croissance
➔ Grossesses multiple et NO₂ : *Mariet et al. Environ Int, 2018*
- HTA au cours de grossesse :
Projet HTABquA 
- Pathologie cardio-vasculaire :
➔ projets Envi-MI  et AVCBquA 
- Vulnérabilité et environnement : un score pour un suivi de grossesse optimisé ?

Perspectives multi exposition

- Niveaux de pollution élevés ?
- Approche intégrant d'autres agents environnementaux et d'autres effets ?



Pôle fédératif de recherche et de formation en santé publique Bourgogne Franche-Comté, 29-30 novembre 2018

19

5

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE DANS LES TERRITOIRES

PAR ADELINE BERNIER ET BRUNO MAESTRI

LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE DANS LES TERRITOIRES

Diagnostic du PRSE 3

Faits marquants :

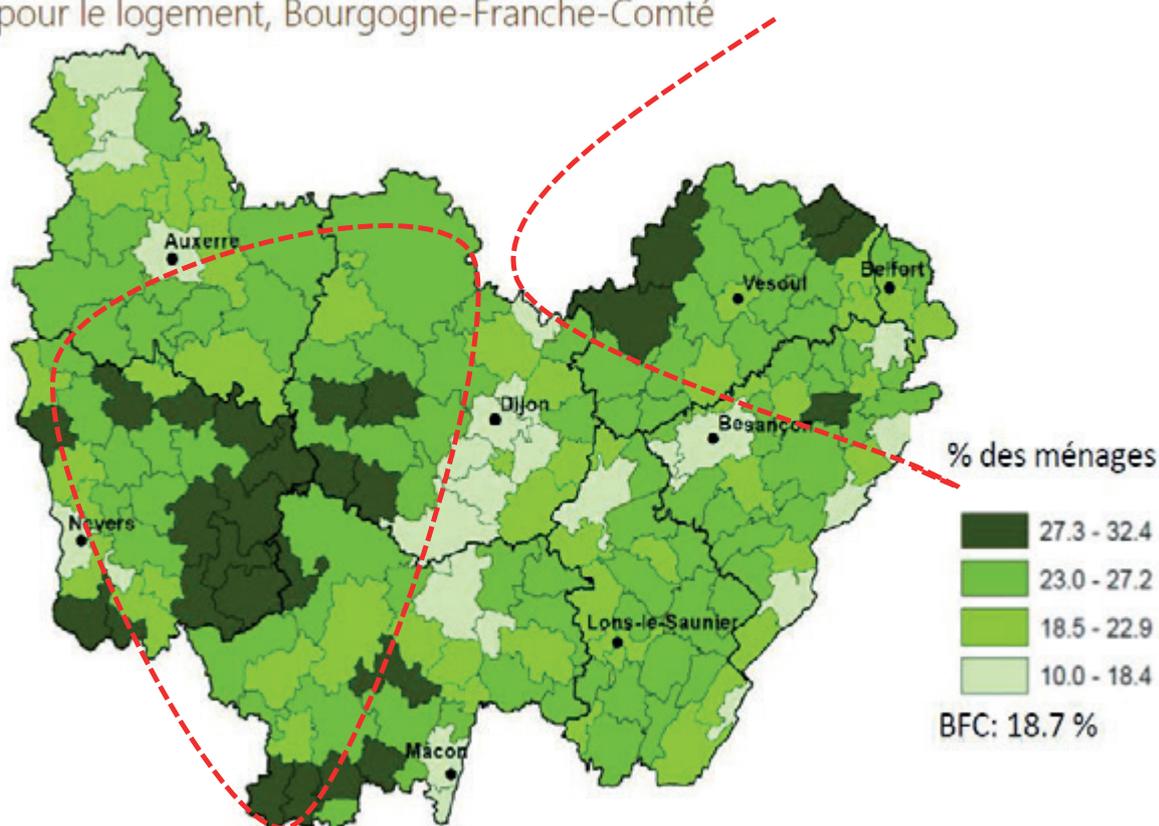
1. Des inégalités territoriales

- *Vulnérabilité énergétique, habitat potentiellement indigne*
- *Inégalités de santé (taux de mortalité, morbidité...)*

2. Des dynamiques territoriales

- TEPOS, PCAET
- CLS, CTE,...
- Projets alimentaires

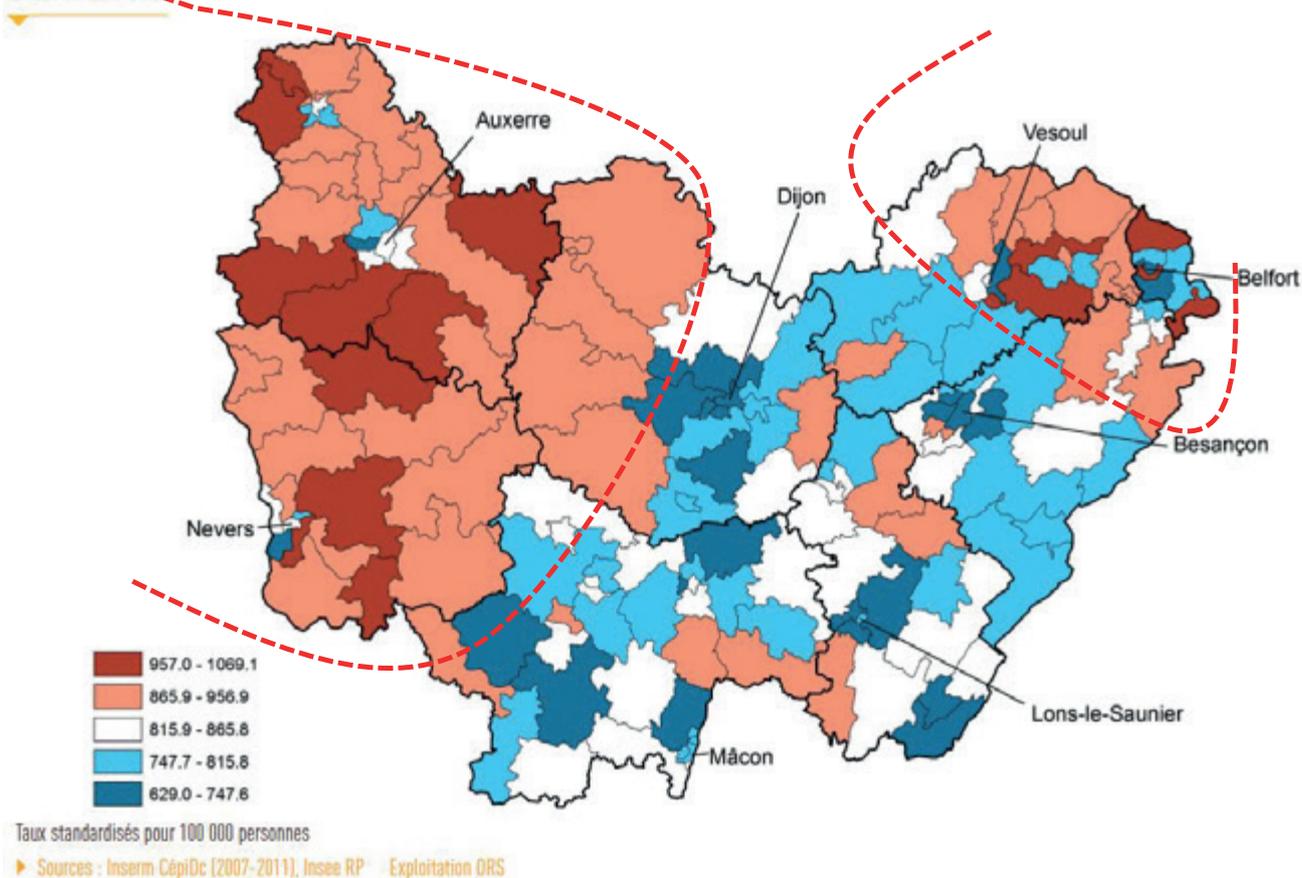
Part des ménages en situation de bas revenus – dépenses élevées (BRDE) pour le logement, Bourgogne-Franche-Comté



Source : ONPE 2014, Alterre Bourgogne, 2016, exploitation ORS

Mortalité générale

Par canton



Santé environnement dans les territoires

👉 Des enjeux sanitaires

👉 Un défi environnemental

👉 **Une réponse régionale sur ces enjeux de santé/environnement : le PRSE 3**

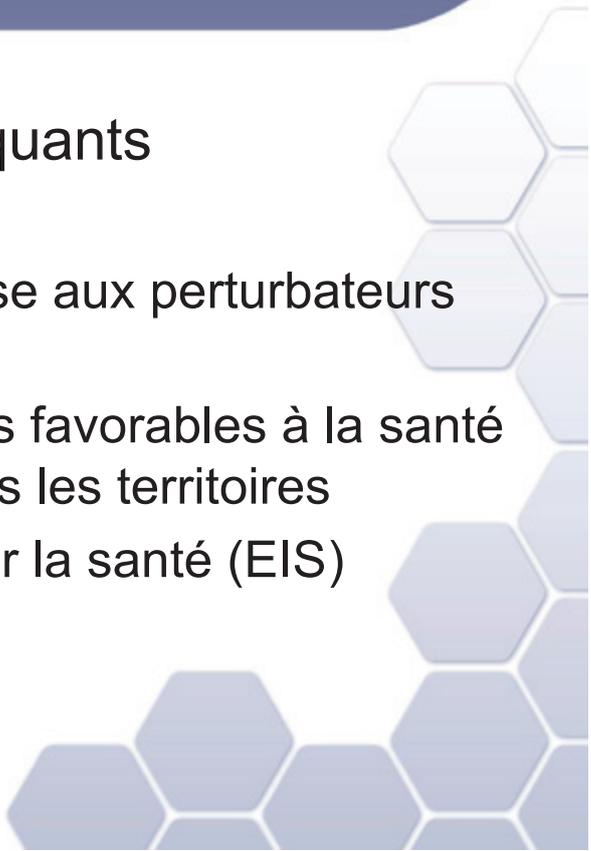
Une nouvelle implication du conseil régional en matière de santé

- Éléments de contexte :
 - Stratégie de mandat
 - PRSE 3 : co-pilotage du plan
 - Convention cadre ARS-Région,
 - PRS 2

- Les actions du PRSE3 de Bourgogne-Franche Comté :
 - Des leviers pour mobiliser les territoires volontaires
 - La mobilisation d'opérateurs régionaux pour intervenir là où les besoins ont été identifiés
 - Des appels à projets pour accompagner la transition sanitaire et environnementale

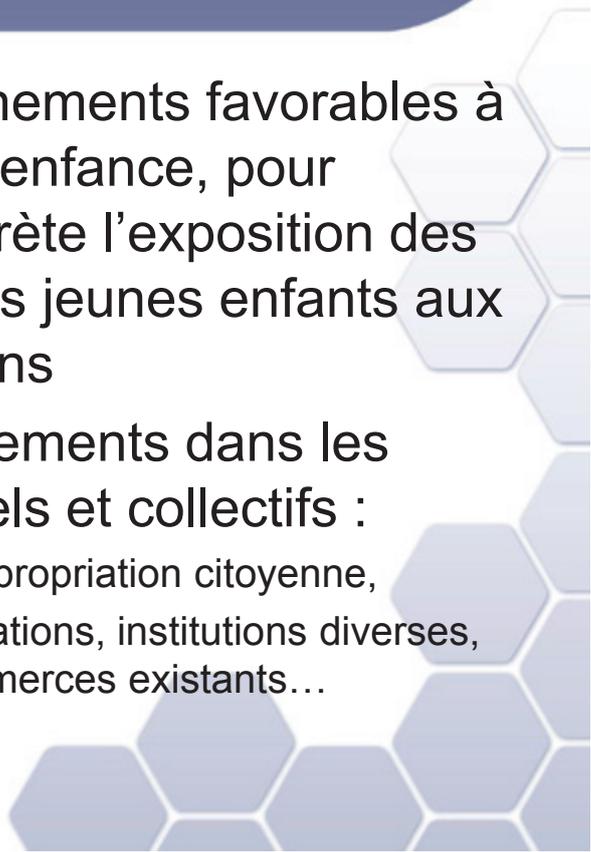


- 3 appels à projets marquants

1. De 0 à 6 ans : la chasse aux perturbateurs endocriniens
 2. Développer des projets favorables à la santé environnementale dans les territoires
 3. Evaluation d'impact sur la santé (EIS)
- 



De 0 à 6 ans : la chasse aux perturbateurs endocriniens

- Développer des environnements favorables à la protection de la petite enfance, pour réduire de manière concrète l'exposition des femmes enceintes et des jeunes enfants aux perturbateurs endocriniens
 - Accompagner les changements dans les comportements individuels et collectifs :
 - Favoriser les pratiques, appropriation citoyenne,
 - La mobilisation des associations, institutions diverses, entreprises, services, commerces existants...
- 

De 0 à 6 ans : la chasse aux perturbateurs endocriniens

- 5 candidatures
- 4 projets retenus
 - Conseil départemental de la Nièvre (*action auprès de toutes les crèches du CD et appel à volontariat pour les autres crèches de la Nièvre*)
 - Ville de DIJON (*action impliquant toutes les crèches de la ville et animation transversale*)
 - GPSGOD / Communauté de communes ouest Dijonnais (*action conjointe avec la CC et auprès des femmes enceintes et des professionnels de santé*)
 - La mutualité française BFC (*ateliers « A la recherche du bonh'air » adaptés et ciblés sur les perturbateurs endocriniens*)

Développer des projets favorables à la santé environnementale dans les territoires

Appel à candidature visant à enrichir les projets portés par les collectivités territoriales en y intégrant les enjeux de santé-environnement prioritaires.

- 3 candidatures, toutes retenues
 - Communauté de communes du Grand Autunois (*action quartier politique de la ville, alimentation saine et précarité énergétique*)
 - Grand BELFORT (*mobilisation contre la pollution aux abords de plusieurs écoles*)
 - Grand BESANÇON (*intégration des enjeux de santé dans le projet alimentaire territorial*)

Evaluation d'impact sur la santé (EIS)

Promouvoir la santé dans les politiques d'aménagement du territoire (étude d'impact santé)

- Pas de candidature reçue
- Nécessité d'une pédagogie soutenue auprès des partenaires et bureaux d'études pour cet appel à projet stratégique

Quelles suites à ces AAP ?

- Suivi des projets retenus par les trois pilotes (CR, ARS, DREAL)
- Retour d'expérience sur les projets réalisés
- Nouvel appel à projet en 2019, nécessaire mobilisation de tous les partenaires pour :
 - Expliquer et présenter les enjeux
 - Susciter des candidatures
 - Accompagner les collectivités volontaires

LA FORMATION INITIALE EN SANTÉ PUBLIQUE

DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DU SECTEUR SOCIAL

PAR MARIA FRANCESCA MANCA



La formation initiale en santé publique
des professionnels de la santé et du
secteur social

*Partie 1 : Les unités d'enseignement de
santé publique*

Novembre 2018

Maria Francesca Manca – Interne en santé publique, Dijon

LES UNITÉS D'ENSEIGNEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE

I. Les filières de formation en santé

Les enseignements de santé publique dans les formations initiales en santé couvrent un champ très vaste, qui comprend :

- Épidémiologie, recherche clinique, biostatistique
- Gestion de la qualité, des risques et de la sécurité des soins ; hygiène
- Économie de la santé, politiques de santé, organisation du système de santé, droit
- Promotion de la santé, éducation pour la santé
- Environnement et santé

Ces différents domaines sont partagés entre plusieurs UE selon la filière :

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 2

IFSI		PACES			
S1	S2				
2.10 Infectiologie, hygiène	1.2 Santé publique et économie de la santé 4.5 Soins infirmiers et gestion des risques	4 Évaluation des méthodes d'analyse appliquées aux sciences de la vie et de la santé 7 Santé, société, humanité			
S3	S4	DFGSM	DFGSPH	DFGSMa	MK 1er cycle
1.2 Santé publique et économie de la santé 4.6 Soins éducatifs et préventifs	3.4 Initiation à la démarche de recherche 4.5 Soins infirmiers et gestion des risques 4.6 Soins éducatifs et préventifs 5.4 Soins éducatifs et formation des professionnels et des stagiaires	Santé, société, humanité Biomédecine quantitative		Santé publique, démarche de recherche	1. Santé publique 8. Méthodes de travail et méthodes de recherche
S5	S6		Systèmes de santé et santé publique Contrôles qualité : approche statistique et validation de méthode Analyse critique de documents et utilisation des outils d'information scientifique		
	3.4 Initiation à la démarche de recherche 4.8 Qualité des soins, évaluation des pratiques				
		DFASM	DFASPh	DE SF	MK 2e cycle
		1. Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle 12. Formation générale à la recherche	Santé publique et politiques de santé – éthique	Santé publique Sciences humaines et sociales - droit, économie, management et langue étrangère Recherche	14. Droit, législation et gestion d'une structure 24. Intervention du kinésithérapeute en santé publique

Figure 1 : Les unités d'enseignement de santé publique dans les différentes filières de formation en santé (le détail de chaque UE est présenté dans les tableaux 2-)

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 3

Dossier formation initiale en santé publique

Tableau 1 : Les UE de santé publique dans les différentes filières de formation en santé

Formation	Référentiel	UE de santé publique
Soins infirmiers	Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 B.O. n°7 du 15 août 2009	1.2.S2 et S3 : Santé publique et économie de la santé 2.10.S1 : Infectiologie, hygiène 3.4.S4 et S6 : Initiation à la démarche de recherche 4.5.S2 et S4 : Soins infirmiers et gestion des risques 4.6.S3 et S4 : Soins éducatifs et préventifs 4.8.S6 : Qualité des soins, évaluation des pratiques 5.4.S4 : Soins éducatifs et formation des professionnels et des stagiaires
Première année commune aux études de santé (PACES)	Arrêté du 28 octobre 2009 - J.O. du 17 novembre 2009 B.O. n° 45 du 3 décembre 2009	4 : Évaluation des méthodes d'analyse appliquées aux sciences de la vie et de la santé 7 : Santé, société, humanité
Médecine		
Diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM, 1^{er} cycle, P2-P3)	Arrêté du 22 mars 2011 – J.O. du 13 avril 2011 B.O. n° 17 du 28 avril 2011	Santé, société, humanité Biomédecine quantitative
Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM, 2^e cycle, M1-M3)	Arrêté du 8 avril 2013 - J.O. du 23 avril 2013 B.O. n° 20 du 16 mai 2013	1 : Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle 12 : Formation générale à la recherche
Pharmacie		
Diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques (DFGSPH, 2^e-3^e année)	Arrêté du 22 mars 2011 – J.O. du 13 avril 2011 B.O. n°17 du 28 avril 2011	Systèmes de santé et santé publique Contrôles qualité : approche statistique et validation de méthode Analyse critique de documents et utilisation des outils d'information scientifique
Diplôme de formation approfondie en sciences pharmaceutiques (DFASPh, 5^e-6^e année)	Arrêté du 8 avril 2013 - J.O. du 26 avril 2013 B.O. n°20 du 16 mai 2013	Santé publique et politiques de santé – éthique

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 4

Dossier formation initiale en santé publique

Maïeutique		
Diplôme de formation générale en sciences maïeutiques (DFGSMa, 1^{er} cycle, 2^e-3^e année)	Annexe à l'arrêté du 19 juillet 2011 B.O. n° 30 du 25 août 2011	Santé publique, démarche de recherche
Diplôme d'Etat de sage-femme (2^e cycle, 4^e-5^e année)	Arrêté du 11 mars 2013 - J.O. du 28 mars 2013 B.O. n° 15 du 11 avril 2013	Santé publique Sciences humaines et sociales - droit, économie, management et langue étrangère Recherche
Masso-kinésithérapie		
1^{er} cycle	Annexe III de l'arrêté du 2 septembre 2015 B.O. n° 8 du 15 septembre 2015	1.S1 et S2 : Santé publique 8.S1, S2, S3 et S4 : Méthodes de travail et méthodes de recherche
2^e cycle	Annexe III de l'arrêté du 2 septembre 2015 B.O. n° 8 du 15 septembre 2015	14.S7 : Droit, législation et gestion d'une structure 24.S5, S6 et S7 : intervention du kinésithérapeute en santé publique

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 5

Dossier formation initiale en santé publique

Tableau 2 : Les UE de santé publique dans les études de soins infirmiers

Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 B.O. n°7 du 15 août 2009	
1.2.S2 Santé publique et économie de la santé (2 ECTS)	
Objectifs	Éléments de contenu
<ul style="list-style-type: none"> • Identifier l'organisation de la politique de santé et l'offre de soins • Définir les grands principes de l'économie de la santé en France et dans le monde • S'approprier les concepts en santé publique et en santé communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé publique <ul style="list-style-type: none"> ○ Les concepts en SP et santé communautaire ○ La santé dans le monde ○ L'organisation de la politique de SP en France ○ L'organisation de l'offre publique et privée et des systèmes de soins ○ L'organisation de la veille sanitaire ○ Les filières et réseaux de soins ○ Épidémiologie • Économie de la santé <ul style="list-style-type: none"> ○ Le budget ○ Le rôle de l'État, des citoyens, du marché ○ Le financement de la santé
1.2.S3 Santé publique et économie de la santé (3 ECTS)	
<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les problèmes de santé prioritaires d'un groupe ou d'une population sur le plan national, régional, en lien avec les déterminants de la santé • Utiliser les méthodes et les outils en santé publique, notamment statistiques • Identifier et expliciter les modalités de financement des soins de santé en France • Identifier les règles de financement des soins infirmiers dans les structures et en secteur libéral 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé publique <ul style="list-style-type: none"> ○ Les grands problèmes de santé publique ○ L'organisation de la prévention ○ La politique de santé mentale ○ La démarche et les outils en SP ○ Les outils en démographie et épidémiologie ○ L'évaluation des politiques et des actions en SP • Économie de la santé <ul style="list-style-type: none"> ○ Le financement de soins et de la santé ○ La sécurité sociale et les mutuelles ○ Le budget et le financement des structures de santé, des professionnels
2.10.S1 Infectiologie, hygiène (2 ECTS)	

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 6

Dossier formation initiale en santé publique

<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les règles d'hygiène utilisées dans les établissements de soins et en argumenter l'usage 	<ul style="list-style-type: none"> • Les infections afférentes aux soins <ul style="list-style-type: none"> ○ Épidémies, épidémies iatrogènes, coût des infections, impact social... • Les règles d'hygiène <ul style="list-style-type: none"> ○ Hygiène hospitalière, hygiène des mains, habillement professionnel, circuits propres et sales dans les établissements de soins • Les moyens de lutte contre l'infection <ul style="list-style-type: none"> ○ Pré-désinfection, nettoyage, désinfection, décontamination, stérilisation ○ Précautions standards et précautions complémentaires, isolement protecteur ○ Protocoles d'hygiène ○ Règles de fonctionnement à domicile ou en collectivité
3.4.S4 Initiation à la démarche de recherche (2 ECTS)	
<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les ressources documentaires scientifiques dans le domaine des soins et de la santé • Expliciter l'utilisation des méthodes quantitatives et qualitatives dans le domaine de la recherche • Expliciter l'intérêt d'une démarche de recherche dans le domaine des soins et de la santé • Analyser les résultats d'une étude de recherche dans le domaine des soins et de la santé et en argumenter les outils utilisés 	<ul style="list-style-type: none"> • La méthodologie et les outils de la recherche, échantillonnage, observations, hypothèses, variables • Les fondements de la recherche, la notion de paradigme • La recherche sur l'homme, les enjeux, les limites, questions légales, questions éthiques • Les méthodologies spécifiques de la recherche, quantitatives et qualitatives, descriptives, expérimentales • L'analyse des résultats de recherche (utilisation de données probantes, Evidence Based Nursing) • La démarche de construction d'une étude ou d'un travail de recherche professionnelle • L'utilisation de méthodes statistiques • La présentation des résultats de la recherche
3.4.S6 Initiation à la démarche de recherche (2 ECTS)	
<ul style="list-style-type: none"> • Expliciter les liens existant entre la théorie, la recherche et l'évolution de la pratique infirmière • Repérer les modes d'organisation de la recherche • Repérer des éléments de veille professionnelle dans le domaine de la recherche en soins infirmiers • Utiliser le questionnement de la recherche pour la réalisation d'un travail d'intérêt professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliciter les liens existant entre la théorie, la recherche, et l'évolution de la pratique infirmière • Repérer des éléments de veille professionnelle dans le domaine de la recherche en soins infirmiers • Utiliser le questionnement de la recherche pour la réalisation d'un travail d'intérêt professionnel

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 7

Dossier formation initiale en santé publique

4.5.S2 Soins infirmiers et gestion des risques (1 ECTS)	
<ul style="list-style-type: none"> Identifier les principaux risques dans le domaine de la santé des personnes et des populations Intégrer les notions de danger et de risque dans les situations de soins Identifier les mesures adaptées à mettre en œuvre en situation de risque infectieux 	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts : risques, facteur de risque, prise de risque, sécurité et besoin de sécurité, acceptabilité, seuil Le risque et la sécurité dans l'activité humaine, risque et santé Les différents types de risques dans le domaine de la santé, le risque et la sécurité sanitaire dans les établissements de santé, le risque lié aux soins Le risque infectieux hospitalier, gestion et élimination des déchets, la circulation des personnes et des matériels, antiseptie, aseptie, stérilisation Le risque et l'environnement, la santé environnementale Les comportements à risque, la notion de crise, les jeux à risque
4.5.S4 Soins infirmiers et gestion des risques (1 ECTS)	
<ul style="list-style-type: none"> Acquérir une méthode d'analyse des risques liés aux pratiques professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> La gestion des risques : objectifs, méthodes spécifiques d'identification, d'analyse et de traitement L'analyse multifactorielle des contextes de risques pour les personnes ou des groupes des personnes, paramètres, indicateurs La vigilance et la mise en place des moyens dans les établissements de santé : matériovigilance, infectiovigilance, hémovigilance La gestion des risques : incidents critiques, déclaration, analyse, résultats, modifications, obstacles
4.6.S3 Soins éducatifs et préventifs (2 ECTS)	
<ul style="list-style-type: none"> Caractériser les concepts, prévention, promotion de la santé, éducation en santé, éducation thérapeutique... Analyser une démarche d'éducation thérapeutique 	<ul style="list-style-type: none"> Les concepts : éducation, prévention, éducation en santé, éducation thérapeutique, apprentissage Soins infirmiers de prévention, d'éducation, d'aide, dans les dimensions individuelle et collective (groupe restreint, collectivité de proximité, campagne de masse...) La démarche éducative interdisciplinaire (en structure, en réseau de santé, en libéral) L'éducation thérapeutique individuelle et collective (démarche, méthodes, principes, normes, critères, résultats...)
4.6.S4 Soins éducatifs et préventifs (2 ECTS)	
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer une démarche d'éducation thérapeutique en interdisciplinarité 	<ul style="list-style-type: none"> La notion de contrat en éducation thérapeutique Les institutions spécialisées dans l'éducation pour la santé La formation des aidants naturels

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 8

Dossier formation initiale en santé publique

4.8.S6 Qualité des soins, évaluation des pratiques (3 ECTS)	
<ul style="list-style-type: none"> Acquérir des outils d'analyse critique pour améliorer sa pratique professionnelle Évaluer une pratique professionnelle au regard des principes de qualité, de sécurité et de satisfaction de la personne soignée Évaluer l'application des règles de traçabilité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, utilisation, circulation...) Apprécier la fonctionnalité des matériels nécessaires aux soins et à l'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> Les indicateurs et critères de qualité Les normes de bonnes pratiques, procédures, protocoles, recommandations L'analyse de la qualité (démarche, méthodes, outils, résultats, adaptation aux soins...) La certification des établissements et qualité des soins (démarches, auto-évaluations, audits...) Les structures et développement de la qualité (agences, politiques, engagements, chartes...) L'évaluation des pratiques professionnelles La gestion des matériels de soins et des stocks en établissement de santé et à domicile
5.4.S4 Soins éducatifs et formation des professionnels et des stagiaires (4 ECTS)	
<ul style="list-style-type: none"> Concevoir des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées Conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention par des actions pédagogiques individuelles et collectives Concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques 	<p>UI - études de cas en relation avec les autres UE (ex conduire une démarche d'éducation pour la santé)</p>

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 9

Tableau 3 : Les UE de santé publique dans la PACES

Première année commune aux études de santé (PACES)	
Arrêté du 28 octobre 2009 - J.O. du 17 novembre 2009	
B.O. n° 45 du 3 décembre 2009	
4 : Évaluation des méthodes d'analyse appliquées aux sciences de la vie et de la santé	
<p>Objectifs généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notion de grandeurs intensives et extensives • Maîtrise de notions mathématiques de base (fonctions trigonométriques, exponentielles, logarithmes, fonctions à plusieurs variables) et de la métrologie • Maîtrise des bases mathématiques utiles à la compréhension dans les techniques statistiques appliquées à la médecine (théories ensemblistes élémentaires, fonctions mathématiques de base) • Probabilités : maîtrise du concept de probabilité, des probabilités conditionnelles élémentaires, lois de probabilité discrète (Bernoulli binomial, Poisson) et continue (loi normale, Student) • Statistiques et leurs implications dans le domaine médical : <ul style="list-style-type: none"> ○ Maîtrise de la méthodologie (rétrospectif/prospectif, etc.), introduction à la critique d'une méthode statistique. ○ Maîtrise du concept d'échantillonnage, d'estimation ponctuelle et par intervalle de confiance. ○ Maîtrise des tests statistiques paramétriques et non paramétriques. • Bases statistiques des études épidémiologiques • Introduction à la notion de critique des tests statistiques dans les expériences ; choix de la méthode, protocole, puissance statistique en vue de la préparation à la lecture critique d'article. Exemple : Apports des probabilités conditionnelles (sensibilité/spécificité ; V.P.P./V.P.N.) dans le choix d'exams paracliniques. 	<p>Principaux items</p> <ul style="list-style-type: none"> • Généralités en métrologie <ul style="list-style-type: none"> ○ Grandeurs, unités, équations aux dimensions ; échelles et ordres de grandeur ○ Mesures et leur précision • Introduction à l'informatique médicale • Mesure des phénomènes biologiques : valeur et limite d'une mesure, d'une fonction • Échantillonnage • Statistiques descriptives : indice de position (moyenne, médiane.) et de dispersion (extremum, quartiles.) • Loi de probabilité discrète (Poisson, Bernoulli, Binomiale) et continue (Loi normale, Student) • Probabilité conditionnelles • Méthodologie des études épidémiologiques (rétrospective/prospective, randomisation, double aveugle.) • Estimation ponctuelle et par intervalle de confiance • Tests paramétriques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Comparaison d'une moyenne à une norme ○ Comparaison de deux moyennes avec échantillons indépendants (Loi de Fisher) et appariés (Loi de Student) ○ Comparaison de deux variances • Test du Chi2 (X2) : Test d'indépendance - Test d'homogénéité - Test d'adéquation à un modèle théorique • Tests non paramétriques : avec échantillons indépendants (Mann and Whitney), avec échantillons appariés

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 10

7 : Santé, société, humanité	
<ul style="list-style-type: none"> • Développer les capacités d'analyse et de synthèse : s'assurer des capacités de raisonnement et de synthèse (« contraction » de texte) • Sciences humaines et sociales : développer une culture commune de santé, une réflexion éthique (équilibre éthique-juridique), la connaissance de l'histoire des soins, des sciences et des relations entre soignés et soignants, une réflexion sur les données de la psychologie médicale, une réflexion sur les bases rationnelles d'une démarche scientifique. Apprendre les bases élémentaires du Droit et des Sciences politiques (organisation de la justice en France, les principales institutions.), des Sciences économiques (bases élémentaires d'économie générale.) • Santé publique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Connaître les définitions de la santé et les facteurs qui l'influencent ○ Connaître les principes de l'organisation des soins, de leur distribution et de leur financement ○ Connaître les évolutions en matière de santé liées aux évolutions technologiques ○ Intégrer le rôle de l'environnement dans la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les capacités d'analyse et de synthèse • Sciences humaines et sociales : histoire et philosophie de la santé, des soins et des sciences, morale éthique déontologie, relations soignés - soignants : aspects éthiques - juridiques ; aspects psychologiques (3 items majeurs : personnalité et tempérament ; développement psychologique et interactions biologie/environnement/psychologie), anthropologiques et sociologiques (équité de la distribution des ressources), droit et santé (organisation de la justice - responsabilité médicale - secret médical.) ; formation à la démarche scientifique et à l'épistémologie. Réflexion à titre d'exemples sur les thèmes : maladies chroniques, handicap, exclusion et intégration, douleur, soins palliatifs. • L'Homme et son environnement : les grands règnes du monde vivant ; évolution et biodiversité, interactions entre espèces, les mutations et changements de l'environnement • Santé publique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Principales caractéristiques socio-démographiques de la population française ○ Approches de la santé : concepts et points de vue ; bases de l'épidémiologie descriptive ○ Grands problèmes de santé en France, notamment conduites addictives ○ Principaux facteurs de risque des maladies : comportementaux, environnementaux, génétiques et démographiques ○ Notions générales sur la iatrogénèse, ses causes, son coût, ses implications médico-légales (iatrogénèse des actions et produits de santé, gestion des risques, erreur médicale, prévision, prévention, éducation thérapeutique, protection, alerte) ○ Organisation du système de soins en France : demande et offre de soins, principe du financement des soins, pilotage et contrôle du système de soins ; introduction aux systèmes de santé de l'Union européenne ○ E-santé, télé-médecine, diffusion de la connaissance en santé

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 11

Tableau 4 : Les UE de santé publique dans les études de médecine

Diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM, 1 ^{er} cycle, P2-P3)	
Arrêté du 22 mars 2011 – J.O. du 13 avril 2011	
B.O. n° 17 du 28 avril 2011	
Santé-Société-Humanité	
Objectifs généraux	Principaux items
<p>Développer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une culture commune de la santé partagée par l'ensemble des professionnels • Une réflexion éthique (équilibres éthique-juridique-évolution scientifique et technique) • La connaissance des métiers de la santé • La connaissance de l'histoire des soins et des sciences • La connaissance de la santé publique (en particulier santé des populations, priorités, planification et économie de la santé) • Une culture de la démarche qualité appliquée aux soins : principaux modes d'organisation des soins conduisant à une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins • Une maîtrise des bases élémentaires de la prévention et de l'éducation pour la santé • Une réflexion sur la relation entre soignés et soignants • La connaissance de la psychologie médicale • Une réflexion sur les bases rationnelles d'une démarche scientifique 	<ul style="list-style-type: none"> • L'être humain devant la souffrance et la mort • Expériences et représentations du corps, de la maladie et des traitements • Relations soignants-soignés : formes, acteurs et contextes • Ethique médicale, bioéthique, éthique de la recherche • Politiques et systèmes de santé • Savoir scientifique : enjeux et problèmes • Réflexion et décision médicales • Institutions et acteurs du soin • Savoirs et pouvoirs médicaux • Relation médecin/malade : aspects psychologiques; réactions psychologiques à la maladie ; psychologie appliquée aux différents âges de la vie ; effets placebo • Les technologies en santé et modalités de leur évaluation (réseaux de soins, systèmes d'information en santé, gestion du dossier informatisé du patient) • Maladies chroniques et handicap : moyens de compensation et participation sociale • Radioprotection dans un cadre de santé publique, la radioactivité naturelle et artificielle, les bases de la radioprotection, les principales données réglementaires, la responsabilité des différents acteurs • Introduction aux principales méthodes épidémiologiques • Prévention et gestion des risques, notion d'événements porteurs de risques • Formation à la démarche scientifique et à l'épistémologie • Origine, principes, limites et modalités pratique de mise en œuvre de la médecine fondée sur des preuves • Analyse et amélioration continue des pratiques professionnelles, certification des établissements • Introduction aux principales théories économiques appliquées à la santé

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 12

Biomédecine quantitative	
<p>Comprendre les bases quantitatives du raisonnement médical, pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge thérapeutique, et l'évaluation du pronostic du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir interpréter l'évolution de l'incidence, de la mortalité et de la prévalence d'une maladie chronique • Savoir interpréter les tendances évolutives de l'incidence et de la mortalité du cancer, des maladies cardio-vasculaires (modèles âge-période-cohorte) • Connaître la définition d'une épidémie, d'une maladie émergente. Comprendre les éléments d'alerte et de décision découlant de l'identification d'une épidémie, d'une maladie émergente • Appréhender les éléments quantitatifs justifiant la mise en place d'un dépistage • Savoir interpréter les éléments conduisant à la mise en place d'un programme de prévention : vaccination, mesures sanitaires • Savoir interpréter les propriétés d'un marqueur diagnostique. Comprendre comment ces propriétés dépendent des variabilités biologique et expérimentale du marqueur • Savoir analyser les éléments conduisant à modifier une stratégie diagnostique : introduction d'un marqueur, optimisation d'une valeur seuil, prise en compte des caractéristiques de la population • Comprendre l'évolution des stratégies thérapeutiques : identifier les éléments d'adaptation prenant en compte la cible thérapeutique, le pronostic individuel, la réponse au traitement. Connaître les schémas expérimentaux d'évaluation de ces stratégies • Connaître les principes de la modélisation statistique. Reconnaître les modèles descriptifs et explicatifs • Comprendre l'apport des biomathématiques pour l'étude des mécanismes physiologiques et physiopathologiques. Reconnaître des applications de la modélisation mathématique en pharmacologie, en épidémiologie infectieuse, en physiopathologie des cancers • Connaître la contribution respective des dispositifs médicaux et des médicaments dans la prise en charge des patients. Comprendre les éventuelles interactions entre dispositifs et médicaments. Connaître les spécificités de l'évaluation des dispositifs médicaux • Connaître les techniques d'analyse de la biologie moderne (génomique, transcriptome, protéome), et leur contribution relative pour le diagnostic et le pronostic des maladies

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 13

Dossier formation initiale en santé publique

	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les objectifs respectifs des études génétiques familiales et des études génétiques populationnelles • Savoir interpréter les résultats des études pronostiques • Savoir mettre en relation ces résultats et le pronostic individuel du patient • Savoir interpréter les différentes mesures de risque et d'impact : risque absolu, risque relatif, risque attribuable, • Connaître les principes de l'évaluation des risques en santé : identification des effets indésirables, pharmaco-épidémiologie. Surveillance de ces risques : pharmacovigilance, matériovigilance
Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM, 2^e cycle, M1-M3)	
Arrêté du 8 avril 2013 - J.O. du 23 avril 2013 B.O. n° 20 du 16 mai 2013	
1 : Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle	
Objectifs généraux	Objectifs terminaux
<p>L'étudiant doit comprendre les déterminants d'une relation efficace entre chacun des membres de l'équipe soignante et le malade et s'adapter aux différentes situations, chez le patient adulte et pédiatrique, notamment en cas de maladie aiguë grave et de maladie chronique potentiellement létales. Il doit savoir prendre en compte l'expression du patient et communiquer pour justifier chaque étape de sa démarche (dimensions préventive, diagnostique, thérapeutique, pronostique, palliative) en s'appuyant sur les données selon leur niveau de preuves. Cette attitude professionnelle dont l'étudiant doit connaître les aspects médico-légaux, respecte la déontologie et les droits des malades.</p> <p>Il a un devoir de formation tout au long de la vie grâce à l'analyse critique des informations médicales et scientifiques et à l'apprentissage résultant du retour d'expériences.</p> <p>L'exercice professionnel se doit de respecter un certain nombre d'éléments d'orientation qui peuvent être cliniques (recommandations et les discussions scientifiques évolutives qu'elles suscitent), éthiques (en rapport avec l'évolution des mœurs, de la société, des cultures, des valeurs qui fondent l'exercice médical et des contraintes qui viennent</p>	<ul style="list-style-type: none"> • N° 1. La relation médecin-malade dans le cadre du colloque singulier ou au sein d'une équipe, le cas échéant pluriprofessionnelle. La communication avec le patient et son entourage. L'annonce d'une maladie grave ou létales ou d'un dommage associé aux soins. La formation du patient. La personnalisation de la prise en charge médicale. • N° 2. Les valeurs professionnelles du médecin et des autres professions de santé • N° 3. Le raisonnement et la décision en médecine. La médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine, EBM). La décision médicale partagée. • N° 4. La sécurité du patient. La gestion des risques. Les événements indésirables associés aux soins (EIAS). • N° 5. La gestion des erreurs et des plaintes ; l'aléa thérapeutique • N° 6. L'organisation de l'exercice clinique et les méthodes qui permettent de sécuriser le parcours du patient • N° 7. Les droits individuels et collectifs du patient • N° 8. Éthique médicale • N° 9. Certificats médicaux. Décès et législation. Prélèvements d'organes et législation • N° 10. Violences sexuelles • N° 11. Soins psychiatriques sans consentement

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 14

Dossier formation initiale en santé publique

complexifier la décision médicale) et déontologiques ou légales (qui fondent la représentation des professionnels dans l'exercice de leur pratique et leur signifient les limites au-delà desquelles leurs responsabilités, de toutes natures, sont engagées).	<ul style="list-style-type: none"> • N° 12. Responsabilités médicale pénale, civile, administrative et disciplinaire • N° 13. Principes d'une démarche qualité et évaluation des pratiques professionnelles • N° 14. Formation tout au long de la vie. Analyse critique d'une information scientifique et médicale. Gestion des liens d'intérêt. • N° 15. Organisation du système de soins. Sa régulation. Les indicateurs. Parcours de soins. • N° 16. La sécurité sociale. L'assurance maladie. Les assurances complémentaires. La couverture médicale universelle. La consommation médicale. Protection sociale. Consommation médicale et économie de la santé. • N° 17. Le système conventionnel • N° 18 - La méthodologie de la recherche expérimentale et clinique • N° 19. Mesure de l'état de santé de la population • N° 20. Interprétation d'une enquête épidémiologique
12 : Formation générale à la recherche	
<p>Cette formation, dispensée sous forme d'enseignements dirigés, porte sur la lecture critique d'articles scientifiques et a pour objectifs de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre comment s'élabore une question scientifique • Apprendre à mener une recherche documentaire sur un sujet • Développer une analyse critique des données existantes • Comprendre comment s'élabore une hypothèse de travail • Comprendre les processus expérimentaux mis en œuvre • Savoir analyser les résultats présentés ainsi que leur discussion • Être capable de restituer et de synthétiser le contenu scientifique. 	

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 15

Dossier formation initiale en santé publique

Tableau 5 : Les UE de santé publique dans les études de pharmacie

Diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques (2^e-3^e année)
Arrêté du 22 mars 2011 – J.O. du 13 avril 2011 B.O. n°17 du 28 avril 2011
Systèmes de santé et santé publique (5^e-6^e semestre)
Contrôles qualité : approche statistique et validation de méthode (5^e-6^e semestre)
Analyse critique de documents et utilisation des outils d'information scientifique (5^e-6^e semestre)
Diplôme de formation approfondie en sciences pharmaceutiques (5^e-6^e année)
Arrêté du 8 avril 2013 - J.O. du 26 avril 2013 B.O. n°20 du 16 mai 2013
Santé publique et politiques de santé – éthique (2^e semestre)
<ul style="list-style-type: none"> • La médico-économie (chiffres clés en économie de la santé, éléments d'analyse médico-économique, prise en compte de l'innovation, T2A), la pharmaco-économie. • Éthique : <ul style="list-style-type: none"> ○ relation pharmacien - malade : confidentialité, obligation de responsabilité vis-à-vis de ses actes et de ses décisions, prise en compte des inégalités de santé et des projets de vie des patients, etc. ○ réflexion critique de tout acte pharmaceutique ou prise en charge (bienveillance, non malversation, autonomie, justice). ○ relation pharmacien - associations de patients. ○ intégration d'actes coordonnés avec les autres professionnels de santé (dépistage, etc.).

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 16

Dossier formation initiale en santé publique

Tableau 6 : Les UE de santé publique dans les études de maïeutique

Diplôme de formation générale en sciences maïeutiques (DFGSMa, 1^{er} cycle, 2^e-3^e année)	
Arrêté du 19-7-2011 - J.O. du 10-8-2011 B.O. n° 30 du 25 août 2011	
Santé publique, démarche de recherche	
Objectifs généraux	Principaux items
<ul style="list-style-type: none"> • Acquérir les concepts et la démarche de recherche en santé publique et la maîtrise des outils de santé publique : prévention, éducation à la santé des populations ; • Acquérir la rigueur méthodologique nécessaire à la démarche scientifique et à l'épistémologie ; • Acquérir des connaissances en Santé publique prenant pour exemples l'hygiène individuelle et collective y compris alimentaire, les actions de prévention en gynécologie, en addictologie ; • Acquérir des connaissances dans le domaine de la santé de l'enfant : promotion de l'allaitement, prévention de l'obésité infantile ; • Acquérir des connaissances de base de prévention et gestion des risques, notion d'évènements porteurs de risques ; • Valider la formation aux gestes d'urgence conformément à la réglementation en vigueur ; • Acquérir des connaissances de base sur les principales méthodes épidémiologiques, à la démarche de recherche par la mise en œuvre d'une application concrète ; • Valider la formation Certificat informatique et internet (C2i) ; • Acquérir des connaissances en anglais correspondant au niveau B2 du Cadre européen commun de références des langues (CERCL) en vue de la validation du test international Toieic (Test of English for International Communication) avec 750 points ou plus. 	<p>Santé publique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène et prévention : individuelle, collective et hospitalière ; • Les vigilances ; • Actions de prévention dans le domaine de la santé de l'enfant ; • Médecine préventive : contraception et maîtrise de la fertilité ; • Formation aux gestes et soins d'urgence ; • Pharmacodépendance, conduites addictives ; <p>Démarche de recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Épidémiologie clinique ; • Statistiques : exercices d'application ; • Principes méthodologiques de recherche en périnatalité ; • Recherche documentaire ; • Élaboration d'un travail de recherche en Santé publique ; • Anglais.
Diplôme d'État de sage-femme (2^e cycle, 4^e-5^e année)	

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 17

Dossier formation initiale en santé publique

Arrêté du 11 mars 2013 - J.O. du 28 mars 2013 B.O. n° 15 du 11 avril 2013	
Santé publique (4 à 6 ECTS)	
<p>Objectifs généraux et spécifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévenir, informer, éduquer dans les domaines de la maïeutique, de l'obstétrique, de la gynécologie et de la néonatalogie ; • Dépister les situations à risque médical, psychologique et social ; • Participer à un réseau de soins. 	<p>Objectifs spécifiques et éléments de contenu</p> <p>Le contenu de cette unité d'enseignement peut être enseigné de façon transversale dans certaines unités d'enseignement, notamment dans le cadre des enseignements relatifs à l'obstétrique, la pédiatrie, la santé génésique des femmes, etc.</p> <p>Principaux objectifs spécifiques en lien avec les capacités attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaître l'organisation des systèmes de santé en Europe ; • Connaître la situation périnatale en France ; • Connaître les différentes structures de soins (hospitalières, extra-hospitalières, psychiatriques) ; • Connaître les grands programmes de prévention et de dépistage en périnatalité (dépistages néonataux, dépistage des cancers de la femme, vaccinations, etc.) ; • Connaître les démarches éducatives liées aux pathologies rencontrées en périnatalité ; • Connaître les grandes menaces sanitaires ; • Connaître et participer à la gestion du risque ; • Connaître l'évaluation du fardeau des maladies dans les populations : <ul style="list-style-type: none"> ○ Épidémiologie descriptive, ○ Apport des registres de pathologie, ○ Fréquence des principaux groupes de pathologie, ○ Principes de l'intervention en santé publique.
Sciences humaines et sociales - droit, économie, management et langue étrangère (6 à 8 ECTS)	
<ul style="list-style-type: none"> • Développer une réflexivité sur ses pratiques et son développement professionnels ; • Approfondir ses connaissances sur la psychologie et les affections psychopathologiques du nourrisson et de l'enfant afin de dépister des 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépister et participer à la prise en charge des troubles psychologiques et psychiatriques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Troubles de la personnalité, ○ Pathologies psychiatriques maternelles, ○ Psychopathologie du nourrisson et de l'enfant ;

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 18

Dossier formation initiale en santé publique

<p>situations de vulnérabilité et d'orienter la femme ou le couple dans le réseau de périnatalité ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acquérir les connaissances nécessaires au dépistage, à l'orientation et à la participation de la prise en charge des femmes présentant des troubles psychopathologiques et psychiatriques ; • Connaître les bases légales et les priorités de la politique de santé régissant le système de santé français et de protection sociale, ainsi que les principes de son pilotage et ses limites ; • Connaître les dimensions organisationnelles des professions, l'organisation du travail, les collaborations interprofessionnelles, la gestion et l'administration ; • Acquérir des connaissances sur l'organisation territoriale du système de santé et des soins (coopérations, contractualisations, etc.) ; • Acquérir ou approfondir des connaissances de base en économie de la santé ; • Approfondir ses compétences en langue étrangère. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre les dispositions législatives et réglementaires liées à la périnatalité et adapter sa pratique en fonction des textes en vigueur et de leurs évolutions : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dispositions législatives et réglementaires liées à la périnatalité et à la protection des personnes vulnérables, ○ Législation professionnelle, ○ Participer à la réflexion éthique sur les pratiques de soin, ○ S'informer et participer aux évolutions de la réflexion bioéthique ; • Encadrer une équipe soignante et travailler en collaboration : <ul style="list-style-type: none"> ○ Rapports hiérarchiques et contractuels, ○ Gestion et management d'une équipe, ○ Délégation et coordination, ○ Anticipation et gestion des conflits, ○ Conduite de projet, ○ Coordination des projets, ○ Gestion des risques. • Participer à l'encadrement et à l'évaluation des étudiants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pédagogie de stages : organisation, diagnostic éducatif, modèle de rôle et supervision clinique, ○ Évaluation des apprentissages ; • Rechercher en permanence la qualité et la sécurité des soins dans son exercice professionnel ; • Connaître les dispositions législatives et réglementaires en matière de qualité et de sécurité des soins ; • Connaître les recommandations et outils de bonnes pratiques ; • Contribuer au développement d'une culture de sécurité ; • Communiquer efficacement pour améliorer la sécurité des soins ; • Analyser les causes systémiques des événements indésirables associés aux soins et participer à la prévention conjointe de ceux-ci lorsqu'ils sont évitables (récupération des défaillances et atténuation de leurs conséquences pour les patientes, mise en place de mesures barrières, etc.) ; • Connaître les concepts de base en économie de la santé et rechercher en permanence l'efficacité dans son exercice professionnel ;
--	--

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 19

Dossier formation initiale en santé publique

	<ul style="list-style-type: none"> • Acquérir des notions de base de macroéconomie et de microéconomie dont : <ul style="list-style-type: none"> ○ Théorie des consommateurs et des producteurs, ○ Équilibres, concurrence pure et parfaite, défaillances de marché et régulation, ○ Comptabilité nationale, croissance, ○ Assurance maladie et maîtrise des dépenses de santé, ○ Comparaisons des divers systèmes de santé des pays développés, ○ Pilotage et contrôle du système de soins.
Recherche (2 à 4 ECTS)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une recherche documentaire, une revue de la littérature. <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultation de fonds documentaires ; ○ Technique de la recherche documentaire dans les bases de données scientifiques et en sciences humaines et sociales ; ○ Apprentissage d'outils de bibliographie ; ○ Connaissance de l'anglais médical. • Réaliser une analyse critique des données existantes. • Lecture critique d'articles scientifiques et d'information grand public en version originale.

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 20

Dossier formation initiale en santé publique

Tableau 7 : Les UE de santé publique dans les études de masso-kinésithérapie

Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle	
Annexe III de l'arrêté du 2 septembre 2015 B.O. n° 8 du 15 septembre 2015	
1. Santé publique (5 ECTS)	
Objectifs	Éléments de contenu
<ul style="list-style-type: none"> • Appréhender la dimension collective et sociétale de la santé et comprendre les principes d'organisation et de fonctionnement du système de santé et de la protection sociale. • Connaître les priorités de santé publique et les méthodologies utilisées pour les définir • Connaître la place et les rôles des professions de santé et de rééducation • Connaître les méthodes et les outils des démarches visant à assurer la qualité et la sécurité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Système de santé, santé publique, politique de santé et kinésithérapie • Épidémiologie • Maladie, handicap, rééducations et réadaptation • Méthodes et outils visant à assurer la qualité et la sécurité des soins
8. Méthodes de travail et méthodes de recherche (4 ECTS)	
Méthodes de travail	Méthodes de travail
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître et savoir utiliser les codes, les normes et les outils de communication écrite et orale professionnelle et scientifique • Maîtriser les outils de traitement et de présentation synthétique de l'information • S'initier aux méthodologies de résolution de problème et de conduite de projet • Acquérir différentes méthodes d'apprentissage collaboratives (notamment en utilisant les TIC) par la réalisation de productions individuelles et collectives 	<ul style="list-style-type: none"> • Outils de communication • Méthodologie de résolution de problème et méthodologie de projet • Certification en informatique et internet
Méthodes de recherche	Méthodes de recherche
	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodologie de la recherche documentaire • Utilisation des bases de données scientifiques • Analyse critique d'articles scientifiques • Recueil et traitement de données qualitatives et quantitatives

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 21

<ul style="list-style-type: none"> • Se former à et par la démarche scientifique pour développer une pratique réflexive en s'appuyant sur les sciences biomédicales, les sciences humaines et les sciences du mouvement • Utiliser les outils d'un service de documentation • Identifier, sélectionner et utiliser les bases de données scientifiques • Réaliser une recherche documentaire, une revue de littérature • Acquérir les connaissances en statistiques nécessaires pour comprendre et analyser un article • Acquérir les connaissances sur les méthodes de recueil et de traitement de données qualitatives et quantitatives • Analyser et synthétiser des articles professionnels et scientifiques • Connaître et comprendre les différentes méthodes de recherche • Développer ses capacités de lecture critique et d'utilisation en pratique de la littérature professionnelle et scientifique 	
Masso-kinésithérapie 2^e cycle	
Annexe III de l'arrêté du 2 septembre 2015 B.O. n° 8 du 15 septembre 2015	
14. Droit, législation et gestion d'une structure (6 ECTS)	
Objectifs	Éléments de contenu
<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les grands principes du droit, la législation professionnelle, les questions de responsabilité médicale nécessaires pour l'exercice d'une profession de santé et de la kinésithérapie. • Connaître les divers types d'exercice et la gestion en exercice libéral. • Connaître la déontologie professionnelle et le droit de prescription 	<ul style="list-style-type: none"> • Les grands principes du droit, la législation professionnelle, les divers régimes de responsabilité, les principaux codes • Les différents modes d'exercice, les établissements, l'entreprise individuelle, les divers types de société, l'installation et la gestion en exercice libéral • L'organisation de la protection sociale et de l'assurance maladie • La déontologie professionnelle et le droit de prescription
24. Intervention du kinésithérapeute en santé publique (5 ECTS)	

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 22

<ul style="list-style-type: none"> • Analyser les textes législatifs et réglementaires, les plans et les programmes en Santé publique dans le cadre de la prise en charge thérapeutique, de la promotion, de la prévention et de l'éducation thérapeutique • Connaître les modèles et la méthodologie de projet utilisée en santé publique • Connaître la démarche de recueil de données utilisée pour construire un projet collectif de santé • Concevoir et expérimenter une intervention en santé publique et une démarche éducative individuelle et collective 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de la santé • Prévention et dépistage • Éducation thérapeutique du patient • Méthodologie de projet en santé publique • Conception d'une intervention du kinésithérapeute en santé publique
--	---

II. Les filières de formation en travail social

Santé publique France fait le constat que les professionnels du secteur social sont parfois démunis face aux problèmes de santé, pourtant fréquents, des personnes qu'ils accompagnent et ne se sentent pas toujours légitimes pour aborder ces questions.

Pour cette raison, le site de Santé publique France dédie des pages des ressources en **prévention et promotion de la santé** pour les formateurs en travail social, structurées en trois parties :

- Rôle et légitimité du travailleur social en prévention et promotion de la santé
- Concepts et méthodes en promotion de la santé : supports pédagogiques
- Le développement des compétences en prévention et promotion de la santé dans les formations

Le but des contenus est de ne pas alourdir les formations en rajoutant des enseignements supplémentaires, mais d'avoir des correspondances avec les référentiels existants. Pour cette raison, Santé publique France propose des tableaux de correspondance des référentiels de compétences de plusieurs filières de formation sociales avec les référentiels de compétences en éducation pour la santé et en promotion de la santé.

Site : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-social-et-medicosocial/ressources-formateurs.asp>

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – novembre 2018 - 23

La formation initiale en santé publique des professionnels de la santé

*Partie 2 : les compétences, les
approches pédagogiques,
l'interprofessionnalité*

Novembre 2018

Maria Francesca Manca – Interne en santé publique, Dijon

Quelles compétences en santé publique pour les professionnels de santé et du social ?

1. Les référentiels de compétences en santé publique

Il existe plusieurs référentiels de compétences en santé publique, qui peuvent constituer un point de départ pour la définition de compétences utiles aux étudiants des formations initiales en santé et en travail social.

Ces référentiels peuvent être dédiés à tout type de professionnel qui ait à utiliser des compétences de santé publique (ex. référentiel en éducation pour la santé) ou aux professionnels spécialistes de la discipline (ex. référentiel des spécialistes en hygiène).

Référentiels santé publique

- Le référentiel Core competences for public health professionals (USA, 2014), basé sur les 10 fonctions essentielles de la santé publique, élaboré par le Council on linkages between academia and public health practice
 - Site : http://www.phf.org/resourcestools/pages/core_public_health_competencies.aspx
- Le référentiel Compétences essentielles en santé publique au Canada (Canada, 2008), élaboré par l'Agence de santé publique du Canada
 - Pdf : <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf>
- Public health skills and career framework (UK, 2009), élaboré par le Service de santé national (NHS)
 - Pdf : <https://www.healthcareers.nhs.uk/sites/default/files/documents/PHSCF%20March%202009.pdf>

Référentiels thématiques

- Le référentiel européen en **promotion de la santé** CompHP (2012), élaboré par l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES)
 - <http://inpes.santepubliquefrance.fr/espace-reseau/competences-promotion-sante/approche-competences.asp>
- Le référentiel de compétences en **éducation pour la santé** pour les professionnels de la santé, du social et de l'éducation (2012)
 - <http://inpes.santepubliquefrance.fr/espace-reseau/competences-promotion-sante/approche-competences.asp>
- Le Référentiel métier : Spécialistes en **Hygiène**, Prévention, Contrôle de l'infection en milieu de soins (Mars 2018), élaboré par la Société française d'hygiène hospitalière

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – octobre 2018 - 2

- Site : <https://sf2h.net/publications/referentiel-metier-specialistes-en-hygiene-prevention-controle-de-linfection-en-milieu-de-soins-mars-2018>
- Le Référentiel de compétences en **santé environnementale** pour la santé publique du Québec (2012), élaboré par l'Institut national de santé publique du Québec
 - Pdf : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1533_RefCompeSanteEnviroSantePublQc.pdf
- Le Référentiel de compétences en **politiques publiques** pour les acteurs de santé publique (Canada, 2015), élaboré par l'Institut national de santé publique du Québec
 - Pdf : http://www.ccnpps.ca/docs/2015_RefCompetencesPP_Fr.pdf
- Le référentiel sur les **politiques publiques** Public health solutions through changes in policies, systems and the built environment (USA, 2006), élaboré par l'association des Directeurs de la promotion de la santé et de l'éducation
 - Pdf : http://dhss.alaska.gov/dph/Chronic/Documents/01-External/hpec_comps_phase_final.pdf

2. Établir un consensus sur les compétences en santé publique nécessaires pour la médecine générale : une méthodologie

Christopher P. Morley, Scott R. Rosas, Ranit Mishori, William Jordan, Yumi Shitama Jarris, Family Medicine/Public Health Competencies Work Group & Jacob Prunuske (2017) Essential Public Health Competencies for Medical Students: Establishing a Consensus in Family Medicine, Teaching and Learning in Medicine, 29:3, 255-267, DOI: 10.1080/10401334.2016.1268964

L'objectif de l'article est de conceptualiser les compétences de santé publique que les formateurs en médecine générale et en santé publique perçoivent comme importantes à acquérir par les étudiants en médecine.

Le groupe de travail américain, constitué d'enseignants en médecine et en santé publique, part de certains constats :

- L'intégration des enseignements de santé publique dans le cursus de médecine n'est pas toujours évidente.
- Il n'est pas clair quelles compétences sont utiles à emphatiser ou inclure dans le cursus.
- La couverture de certains sujets (santé environnement, politiques de santé) est insuffisante par rapport à celle d'autres, tels l'épidémiologie ou la biostatistique.
- Seulement une minorité des étudiants a de l'expérience directe, pratique (stage) de la médecine communautaire.

Ils identifient des barrières à l'éducation en santé publique (le manque de temps, de financement, le manque d'expérience des formateurs et d'intérêt des étudiants) qui rendent fondamental la priorisation des compétences sur lesquelles se focaliser.

Le groupe de travail, avec la méthodologie de la cartographie conceptuelle de groupe (group concept mapping) arrive à définir 12 clusters de compétences, regroupés en 3 catégories. Cette méthodologie

Dossier formation initiale en santé publique

permet de recueillir les idées de plusieurs parties prenantes (formateurs en médecine, en santé publique, étudiants, internes) et de les conceptualiser à travers plusieurs étapes : brainstorming, synthèse des idées, tri et classement et analyse de données.

Chaque étape a été menée avec les parties prenantes. Ce processus a été suivi par une comparaison avec les référentiels existants.

Catégorie	Cluster
Clinique, communauté et culture	Prévention
	Compétences culturelles
	Déterminants sociaux de santé
	Engagement de la communauté
Compréhension du système de santé	Rôles en santé publique
	Systèmes de santé et politiques
	Coopération intersectorielle
	Fondements en santé publique
Science et données en santé des populations	Recherche
	Data science
	Surveillance
	Santé environnement

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – octobre 2018 - 4

La pédagogie en santé publique : quelles approches ?

1. Un séminaire interdisciplinaire où les étudiants créent de cas pédagogiques utilisables dans les cours de santé publique

Jerel P. Calzo, Sabra L. Katz-Wise, Brittany M. Charlton, Allegra R. Gordon & Nancy Krieger (2018): Addressing the dearth of critical gender analysis in public health and medical pedagogy: an interdisciplinary seminar to generate student-created teaching examples, *Critical Public Health*, DOI: 10.1080/09581596.2017.1419166

L'école de santé publique d'Harvard organise un cours interdisciplinaire sur « Femmes, genre et santé ». Les formateurs se sont aperçus du manque de connaissances sur l'analyse basée sur le genre (gender-based analysis) des étudiants qui ne sont pas inscrits au cours interdisciplinaire.

Pour cette raison et pour stimuler un apprentissage actif dans leur cours, les formateurs proposent à leurs étudiants de développer de cas pédagogiques qui puissent enseigner la gender-based analysis en utilisant une méthode qui puisse être utilisée dans tout cours de santé publique.

Les cas doivent être courts et concises et doivent permettre de cultiver une technique spécifique en santé publique (ex. écriture d'une note politique / policy brief, facteurs de confusion...). Le livrable est un guide d'enseignement de deux pages, qui contient : le contexte ; les objectifs pédagogiques, y compris la technique de santé publique qui sera développée ; les méthodes pédagogiques ; les cours dans lesquels le cas pédagogique pourrait être utilisé. Les étudiants joignent aussi du matériel supplémentaire utile au développement du cas.

Une partie des 26 cas développés peuvent être retrouvés dans la bibliothèque virtuelle des cas pédagogique de l'école de santé publique d'Harvard : <https://caseresources.hsph.harvard.edu/case-library>.

2. La simulation en santé publique

1. La simulation est un outil de la pédagogie, une plateforme immersive d'enseignement et d'apprentissage, plateforme qui représente un système ou un processus. La conception d'une simulation en santé publique peut être utile pour tout champ de la santé publique (par exemple, jeu de rôle sur l'investigation d'une épidémie, analyse d'une politique publique, repérage des déterminants sociaux de santé...).
2. Des ressources :
 - a. Divers sites présentent des idées, des outils et des jeux pour la simulation en santé publique

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – octobre 2018 - 5

- i. Global health sim – Innovative education by simulation :
<http://www.ghsim.com>
 - ii. école de santé publique de l'Université du Minnesota :
<http://www.sph.umn.edu/academics/ce/tools>
 - b. Le guide « Handbook on simulation exercises in EU public health settings » explique comment créer un exercice de simulation pour la préparation et la réponse aux maladies infectieuses
 - i. Pdf :
https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publication_s/Simulation-exercise-manual.pdf
3. Un exemple

Bertelsen NS, DallaPiazza M, Hopkins MA, Ogedegbe G. Teaching global health with simulations and case discussions in a medical student selective. *Global Health*. 2015;11:28. Published 2015 Jul 4. doi:10.1186/s12992-015-0111-2

A l'école de médecine de la New York University, un cours facultatif de santé globale est organisé tous les ans. Une dizaine d'étudiants par an y participent. L'objectif est d'introduire les futurs professionnels aux fondements de la connaissance, aux compétences cliniques et à délivrer leurs services dans des contextes culturellement divers, localement et au niveau global.

Le cours est composé de différents types d'activités :

- Une rotation clinique dans une unité telle le programme pour les survivants de la torture, l'unité VIH. A la fin du cours les étudiants soumettent un cas clinique.
- Simulations en compétences culturelles et cliniques, avec des patients-acteurs et des mannequins. Des lectures sont demandées avant les simulations, qui commencent avec une discussion dans la classe. La simulation est observée par les formateurs et est suivie par un debriefing.
- Un atelier de microbiologie, pendant lequel les étudiants doivent discuter un scénario hypothétique dans lequel ils reçoivent un financement pour un programme de lutte contre le paludisme.
- Des discussions de cas de patients en médecine tropicale, de la durée de 60-90 minutes, préparées à l'avance par les étudiants et animées par les étudiants, avec l'aide des formateurs.
- Des journal clubs et des conférences

3. Développer une réflexion durable en santé publique

Potter C. Teaching public health ethics. *Public Health Reviews* (2015) 36:12. DOI 10.1186/s40985-015-0007-y

L'auteur suggère une approche pédagogique pour préparer les futurs professionnels à intégrer la dimension éthique dans leur activité quotidienne. Pour obtenir cet objectif, les étudiants doivent avoir l'occasion d'utiliser leurs compétences d'interprétation, par exemple à travers l'étude de cas et les jeux de rôle. Les étudiants peuvent être activement engagés, en les invitant à identifier des préoccupations éthiques qu'ils ont rencontré dans leur activité ou dans l'actualité (ex. la fermeture d'un établissement hospitalier, une campagne vaccinale...). Les codes de pratiques et les déclarations peuvent être enseignés en encourageant les étudiants à réfléchir sur comment ces documents

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – octobre 2018 - 6

reflètent des points de vue politiques, culturels ou temporels ; dans quelle mesure un projet de santé publique est cohérent avec ces documents.

Pour ce qui concerne l'évaluation, à côté des méthodes plus classiques (QCM, essais), l'auteur suggère de demander aux étudiants de répondre à une étude de cas, ou de créer un jeu de rôle.

L'interprofessionnalité

Des définitions

Pluri-professionnalité = Une activité où plusieurs professionnels participent et travaillent conjointement.

Interprofessionnalité = Une réelle interaction entre les différents professionnels, où chacun a sa place.

Formation interprofessionnelle = Au moins deux professions s'engagent dans des processus d'apprentissage conjoins, réciproques, qui leur permettent de mieux se connaître et de collaborer dans une visée d'amélioration de la qualité de soins.

Une formation interprofessionnelle à Rennes

Fiquet L. Une formation interprofessionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. Pédagogie médicale. 2015 ; 16(2)105-117.

Depuis l'année 2009-2010, une formation interprofessionnelle est organisée à Rennes une fois par an. La formation concerne huit filières : étudiants diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, podologues, sages-femmes, internes en médecine générale. Les étudiants qu'y participent sont volontaires, une centaine au total, terminant leur cursus un an après le début de la formation, qui pourraient être amenés à travailler ensemble dès l'obtention de leur diplôme. Elle se développe au cours de 3 séminaires de 2 jours.

Le contenu de la formation tourne autour de la coordination de soins pour les patients ayant des maladies chroniques et l'éducation thérapeutique. L'objectif est que les étudiants se forment à une pratique collaborative et au travail interprofessionnel.

La formation a été construite conjointement par les formateurs des différents instituts, à partir des besoins des apprenants. Les activités pédagogiques sont développées à partir de tâches professionnelles authentiques et elles sont ensuite complétées par des apports théoriques de sociologues, philosophes... centrés sur les interrogations des apprenants. Des patients interviennent au cours de la formation.

Maria Francesca Manca, interne en santé publique – octobre 2018 - 7

L'évaluation des apprenants se fait au cours de la formation (restitution de travaux, construction de projets de groupe) et à son issue (retour écrit). L'évaluation du dispositif est faite sur la base de la satisfaction des étudiants, à l'issue de chaque session. Une évaluation qualitative par entretiens semi-directifs a été réalisée et publiée en 2015.

Une formation interprofessionnelle à Angers

Des principes similaires sont à la base du séminaire interprofessionnel organisé tous les ans à Angers : réunir des étudiants de différents horizons, travailler ensemble sur un même sujet, faire naître une culture du « travailler ensemble », mettre fin aux stéréotypes des différents métiers et au final permettre une meilleure prise en charge du patient. Les filières concernées sont ergothérapie, kinésithérapie, maïeutique, médecine, pharmacie et soins infirmiers, pour un total d'environ 600 étudiants. La participation est obligatoire.

Le déroulement de la formation est sur trois journées, une première qui permet la rencontre et la répartition aléatoire en groupes de 8 étudiants, une deuxième dédiée au travaux de groupes sur des thématiques telles les soins palliatifs et la prévention, et une dernière journée dédiée à la restitution des travaux, tables rondes, interventions d'intervenants extérieurs.

Le séminaire est encadré par les formateurs des instituts, les enseignants, par des praticiens, des membres de l'ARS et de l'EHESP, par des référents pédagogiques et un comité de pilotage étudiant.

Chaque groupe est évalué sur une présentation orale de 20-25 minutes et sur le rendu d'un poster.

L'expérience canadienne

En 2007, Santé Canada a impulsé une démarche pour explorer des façons d'intégrer la formation à la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient dans les divers processus d'agrément de la formation en sciences de la santé. Le groupe de travail sur l'élaboration des normes d'agrément de la formation interprofessionnelle en sciences de la santé (AFISS) se compose de huit organismes nationaux d'agrément responsables d'agrément les programmes de formation préalable au permis d'exercice de six professions de la santé (médecine, pharmacie, ergothérapie, sciences infirmières, travail social, physiothérapie).

Ce groupe a produit différents documents contenant des suggestions aux organismes d'agrément, dont ils peuvent tenir compte lorsqu'ils élaborent, mettent en œuvre et évaluent les normes de formation interprofessionnelle en sciences de la santé.

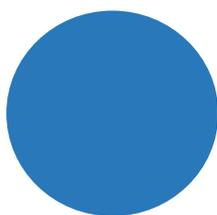
Ces normes s'inspirent du Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme produit en 2010 par le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (Canadian Interprofessional health collaborative).

Pour en savoir plus et accéder aux documents : <http://www.cihc.ca>

LA FORMATION INITIALE EN SANTÉ PUBLIQUE : LES COMPÉTENCES, LES APPROCHES

PAR MARIA FRANCESCA MANCA

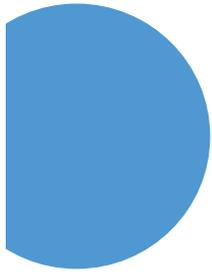
La formation initiale en santé
publique –
Les unités d'enseignement



Maria Francesca Manca
Interne en santé publique - Dijon

Maria Francesca Manca, interne en santé publique -
29/11/2018

1



Plan

Les professions de santé
Les professions du social

Maria Francesca Manca, interne en santé publique - 29/11/2018

2



Les professions de santé

Maria Francesca Manca, interne en santé publique -
29/11/2018

3

Le champ des enseignements de santé publique



Maria Francesca Manca, interne en santé publique - 29/11/2018

4

Les unités d'enseignement de santé publique

IFSI		PACES			
S1	S2				
2.10 Infectiologie, hygiène	1.2 Santé publique et économie de la santé 4.5 Soins infirmiers et gestion des risques	4 Évaluation des méthodes d'analyse appliquées aux sciences de la vie et de la santé 7 Santé, société, humanité			
1.2 Santé publique et économie de la santé 4.6 Soins éducatifs et préventifs	3.4 Initiation à la démarche de recherche 4.5 Soins infirmiers et gestion des risques 4.6 Soins éducatifs et préventifs 5.4 Soins éducatifs et formation des professionnels et des stagiaires	DFGSM Santé, société, humanité Biomédecine quantitative	DFGSPH	DFGSMa Santé publique, démarche de recherche	MK 1er cycle 1. Santé publique 8. Méthodes de travail et méthodes de recherche
S5	3.4 Initiation à la démarche de recherche 4.8 Qualité des soins, évaluation des pratiques		Systemes de santé et santé publique Contrôles qualité : approche statistique et validation de méthode Analyse critique de documents et utilisation des outils d'information scientifique		
		DFASM 1. Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle 12. Formation générale à la recherche	DFASPH Santé publique et politiques de santé – éthique	DE SF Santé publique Sciences humaines et sociales - droit, économie, management et langue étrangère Recherche	MK 2e cycle 14. Droit, législation et gestion d'une structure 24. Intervention du kinésithérapeute en santé publique

Maria Francesca Manca, interne en santé publique - 29/11/2018

5

Formation	Référentiel	UE de santé publique
Soins infirmiers	Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 B.O. n°7 du 15 août 2009	1.2.S2 et S3 : Santé publique et économie de la santé 2.10.S1 : Infectiologie, hygiène 3.4.S4 et S6 : Initiation à la démarche de recherche 4.5.S2 et S4 : Soins infirmiers et gestion des risques 4.6.S3 et S4 : Soins éducatifs et préventifs 4.8.S6 : Qualité des soins, évaluation des pratiques 5.4.S4 : Soins éducatifs et formation des professionnels et des stagiaires
Première année commune aux études de santé (PACES)	Arrêté du 28 octobre 2009 - J.O. du 17 novembre 2009 B.O. n° 45 du 3 décembre 2009	4 : Évaluation des méthodes d'analyse appliquées aux sciences de la vie et de la santé 7 : Santé, société, humanité
Médecine		
Diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM, 1 ^{er} cycle, P2-P3)	Arrêté du 22 mars 2011 - J.O. du 13 avril 2011 B.O. n° 17 du 28 avril 2011	Santé, société, humanité Biomédecine quantitative
Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM, 2 ^e cycle, M1-M3)	Arrêté du 8 avril 2013 - J.O. du 23 avril 2013 B.O. n° 20 du 16 mai 2013	1 : Apprentissage de l'exercice médical et de la coopération interprofessionnelle 12 : Formation générale à la recherche
Pharmacie		
Diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques (DFGSPH, 1 ^{er} cycle, 2 ^e et 3 ^e années)	Arrêté du 22 mars 2011 - J.O. du 13 avril 2011 B.O. n° 17 du 28 avril 2011	Systèmes de santé et santé publique Contrôles qualité : approche statistique et validation de méthode Analyse critique de documents et utilisation des outils d'information scientifique
Diplôme de formation approfondie en sciences pharmaceutiques (DFASP, 5 ^e et 6 ^e années)	Arrêté du 8 avril 2013 - J.O. du 26 avril 2013 B.O. n° 20 du 16 mai 2013	Santé publique et politiques de santé - éthique
Maieutique		
Diplôme de formation générale en sciences maieutiques (DFGSMa, 1 ^{er} cycle, 2 ^e et 3 ^e années)	Annexe à l'arrêté du 19 juillet 2011 B.O. n° 20 du 25 août 2011	Santé publique, démarche de recherche
Diplôme d'Etat de sage-femme (2 ^e cycle, 4 ^e et 5 ^e années)	Arrêté du 11 mars 2013 - J.O. du 28 mars 2013 B.O. n° 15 du 11 avril 2013	Santé publique Sciences humaines et sociales - droit, économie, management et langue étrangère Recherche
Masso-kinésithérapie		
1 ^{er} cycle	Annexe III de l'arrêté du 2 septembre 2015 B.O. n° 8 du 15 septembre 2015	1.S1 et S2 : Santé publique
2 ^e cycle	Annexe III de l'arrêté du 2 septembre 2015 B.O. n° 8 du 15 septembre 2015	8.S1, S2, S3 et S4 : Méthodes de travail et méthodes de recherche 14.S7 : Droit, législation et gestion d'une structure 24.S5, S6 et S7 : Intervention du kinésithérapeute en santé publique

María Francesca Manca, interne en santé publique - 29/11/2018

6

Tableau 3 : Les UE de santé publique dans la PACES

Première année commune aux études de santé (PACES)	
Arrêté du 28 octobre 2009 - J.O. du 17 novembre 2009	
B.O. n° 45 du 3 décembre 2009	

7 : Santé, société, humanité

<ul style="list-style-type: none"> • Développer les capacités d'analyse et de synthèse : s'assurer des capacités de raisonnement et de synthèse (« contraction » de texte) • Sciences humaines et sociales : développer une culture commune de santé, une réflexion éthique (équilibre éthique-juridique), la connaissance de l'histoire des soins, des sciences et des relations entre soignés et soignants, une réflexion sur les données de la psychologie médicale, une réflexion sur les bases rationnelles d'une démarche scientifique. Apprendre les bases élémentaires du Droit et des Sciences politiques (organisation de la justice en France, les principales institutions.), des Sciences économiques (bases élémentaires d'économie générale.) • Santé publique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Connaître les définitions de la santé et les facteurs qui l'influencent ○ Connaître les principes de l'organisation des soins, de leur distribution et de leur financement ○ Connaître les évolutions en matière de santé liées aux évolutions technologiques ○ Intégrer le rôle de l'environnement dans la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les capacités d'analyse et de synthèse • Sciences humaines et sociales : histoire et philosophie de la santé, des soins et des sciences, morale éthique déontologie, relations soignés - soignants : aspects éthiques - juridiques ; aspects psychologiques (3 items majeurs : personnalité et tempérament ; développement psychologique et interactions biologie/environnement/psychologie), anthropologiques et sociologiques (équité de la distribution des ressources), droit et santé (organisation de la justice - responsabilité médicale - secret médical.) ; formation à la démarche scientifique et à l'épistémologie. Réflexion à titre d'exemples sur les thèmes : maladies chroniques, handicap, exclusion et intégration, douleur, soins palliatifs. • L'Homme et son environnement : les grands règnes du monde vivant ; évolution et biodiversité, interactions entre espèces, les mutations et changements de l'environnement • Santé publique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Principales caractéristiques socio-démographiques de la population française ○ Approches de la santé : concepts et points de vue ; bases de l'<u>épidémiologie descriptive</u> ○ Grands problèmes de santé en France, notamment conduites addictives ○ Principaux facteurs de risque des maladies : comportementaux, environnementaux, génétiques et démographiques ○ Notions générales sur la iatrogénèse, ses causes, son coût, ses implications médico-légales (iatrogénèse des actions et produits de santé, gestion des risques, erreur médicale, prévision, prévention, éducation thérapeutique, protection, alerte) ○ Organisation du système de soins en France : demande et offre de soins, principe du financement des soins, pilotage et contrôle du système de soins ; introduction aux systèmes de santé de l'Union européenne ○ E-santé, télé-médecine, diffusion de la connaissance en santé
--	---

María Francesca Manca, interne en santé publique -
29/11/2018

7

Diplôme d'État de sage-femme (2 ^e cycle, 4 ^e -5 ^e année)	
Arrêté du 11 mars 2013 - J.O. du 28 mars 2013 R.O. n° 15 du 11 avril 2013	
Santé publique (4 à 6 ECTS)	
Objectifs généraux et spécifiques	Objectifs spécifiques et éléments de contenu
<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir, informer, éduquer dans les domaines de la maïeutique, de l'obstétrique, de la gynécologie et de la néonatalogie ; • Dépister les situations à risque médical, psychologique et social ; • Participer à un réseau de soins. 	<p>Le contenu de cette unité d'enseignement peut être enseigné de façon transversale dans certaines unités d'enseignement, notamment dans le cadre des enseignements relatifs à l'obstétrique, la pédiatrie, la santé génésique des femmes, etc.</p> <p>Principaux objectifs spécifiques en lien avec les capacités attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaître l'organisation des systèmes de santé en Europe ; • Connaître la situation périnatale en France ; • Connaître les différentes structures de soins (hospitalières, extra-hospitalières, psychiatriques) ; • Connaître les grands programmes de prévention et de dépistage en périnatalité (dépistages néonataux, dépistage des cancers de la femme, vaccinations, etc.) ; • Connaître les démarches éducatives liées aux pathologies rencontrées en périnatalité ; • Connaître les grandes menaces sanitaires ; • Connaître et participer à la gestion du risque ; • Connaître l'évaluation du fardeau des maladies dans les populations : <ul style="list-style-type: none"> ○ Épidémiologie descriptive, ○ Apport des registres de pathologie, ○ Fréquence des principaux groupes de pathologie, ○ Principes de l'intervention en santé publique.

Maria Francesca Manca, interne en santé publique -
29/11/2018

8

Les professions du social



Maria Francesca Manca, interne en santé publique -
29/11/2018

9

La prévention et promotion de la santé pour le travail social

Le site de Santé publique France dédie des pages des ressources en prévention et promotion de la santé pour les formateurs en travail social, structurées en trois parties :

- ✓ Rôle et légitimité du travailleur social en prévention et promotion de la santé
- ✓ Concepts et méthodes en promotion de la santé : supports pédagogiques
- ✓ Le développement des compétences en prévention et promotion de la santé dans les formations

Maria Francesca Manca, interne en santé publique -
29/11/2018

10



Mise en parallèle des référentiels de compétences

DC 1 - Intervention professionnelle en service social / Conduite de l'intervention sociale d'aide à la personne (ISAP)

Compétences (extrait du référentiel ASS)	Compétences des référentiels en éducation pour la santé (EPS) ¹ ou promotion de la santé (CompHP) ²
1.1. Évaluer une situation	▶ Amener les personnes dans le cadre d'une relation individuelle, à identifier leurs représentations, leurs besoins et leurs ressources de manière à leur permettre de s'engager dans une démarche d'amélioration de leur santé (Référentiel de compétences en éducation pour la santé-réf. 2.1).
1.2. Élaborer et mettre en œuvre un plan d'aide négocié	▶ Inciter les personnes, éventuellement dans un cadre pluridisciplinaire, à engager des actions pouvant contribuer à la préservation de leur santé, et accompagner leur démarche (Référentiel de compétences en éducation pour la santé-réf.2.2). ▶ Faciliter le développement de compétences personnelles qui maintiendront et amélioreront la santé (Référentiel de compétences en promotion de la santé-1.4).
1.3. Apprécier les résultats de l'intervention.	▶ Suivre, évaluer et valoriser les actions d'éducation pour la santé réalisées. (Référentiel de compétences en éducation pour la santé-réf. 4.2)

Maria Francesca Manca, interne en santé publique -
29/11/2018

11

Mise en parallèle du référentiel de formation du DE.ASS avec les contenus des « Ressources »

UF 1- Théorie et pratique de l'intervention en service social

Compétences (extrait du référentiel ASS)	Contenus à disposition dans les « Ressources en prévention et promotion de la santé pour les formateurs en travail social » ¹
L'intervention professionnelle en service social ▶ Fondements.	
Les spécificités de l'intervention sociale d'aide à la personne (ISAP) ▶ Développement de la personne et de la famille dans ses différentes dimensions ; méthodologie d'intervention d'aide à la personne ; la relation d'aide ; l'évaluation.	Modules selon une approche individuelle : ▶ Module : L'éducation pour la santé. ▶ Module : L'entretien centré sur la personne. ▶ Module : L'accès à l'information et santé. ▶ Module : Les compétences psycho-sociales. ▶ Module : Les modèles de changements de comportements en santé
Les spécificités de l'intervention sociale d'intérêt collectif (SIC) ▶ Les différentes formes d'ISIC. ▶ Le groupe. ▶ Le territoire.	Modules selon une approche collective ▶ Module : Les déterminants de la santé. ▶ Module : La promotion de la santé. ▶ Module : Le modèle socio-écologique en santé. ▶ Module : Les inégalités sociales de santé. ▶ Module : La participation citoyenne. ▶ Module : L'approche territoriale de la santé.

¹ On entend ici par « contenus » des Ressources en prévention et promotion de la santé pour les formateurs en travail social, l'ensemble du matériel de soutien des enseignements et des apprentissages mis à la disposition des formateurs sur ce site. Il peut s'agir de diaporamas de concepts ou de définitions, de fiches d'animations pédagogiques, d'objectifs d'apprentissage, de fiches descriptives d'actions de terrain, de recommandations pour la pratique professionnelle, etc.



La formation initiale en santé publique – Les compétences, les approches



Maria Francesca Manca
Interne en santé publique - Dijon

Maria Francesca Manca, interne en santé publique -
30/11/2018

1



Plan

- Les compétences
- La pédagogie
- L'interprofessionnalité

Maria Francesca Manca, interne en santé publique - 30/11/2018

2

Les compétences en santé publique

María Francesca Manca, interne en santé publique -
30/11/2018

3



María Francesca Manca, interne en santé publique -
30/11/2018

4

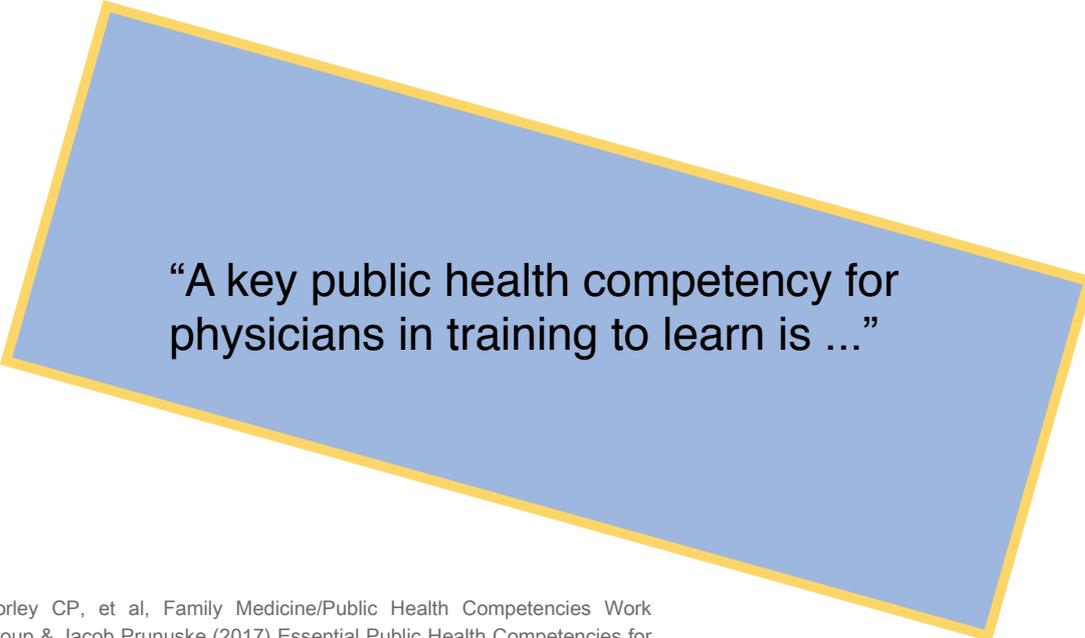
Mise en parallèle des référentiels de compétences

DC 1 - Intervention professionnelle en service social / Conduite de l'intervention sociale d'aide à la personne (ISAP)

Compétences (extrait du référentiel ASS)	Compétences des référentiels en éducation pour la santé (EPS) ¹ ou promotion de la santé (CompHP) ²
1.1. Évaluer une situation	<ul style="list-style-type: none">▶ Amener les personnes dans le cadre d'une relation individuelle, à identifier leurs représentations, leurs besoins et leurs ressources de manière à leur permettre de s'engager dans une démarche d'amélioration de leur santé (Référentiel de compétences en éducation pour la santé-réf. 2.1).
1.2. Élaborer et mettre en œuvre un plan d'aide négocié	<ul style="list-style-type: none">▶ Inciter les personnes, éventuellement dans un cadre pluridisciplinaire, à engager des actions pouvant contribuer à la préservation de leur santé, et accompagner leur démarche (Référentiel de compétences en éducation pour la santé-réf.2.2).▶ Faciliter le développement de compétences personnelles qui maintiendront et amélioreront la santé (Référentiel de compétences en promotion de la santé-1.4).
1.3. Apprécier les résultats de l'intervention.	<ul style="list-style-type: none">▶ Suivre, évaluer et valoriser les actions d'éducation pour la santé réalisées. (Référentiel de compétences en éducation pour la santé-réf. 4.2)

Maria Francesca Manca, interne en santé publique -
30/11/2018

5



“A key public health competency for physicians in training to learn is ...”

Morley CP, et al, Family Medicine/Public Health Competencies Work Group & Jacob Prunuske (2017) Essential Public Health Competencies for Medical Students: Establishing a Consensus in Family Medicine, Teaching and Learning in Medicine, 29:3, 255-267, DOI: 10.1080/10401334.2016.1268964

Maria Francesca Manca, interne en santé publique -
30/11/2018

6

Morley CP, et al, Family Medicine/Public Health Competencies Work Group & Jacob Prunuske (2017) Essential Public Health Competencies for Medical Students: Establishing a Consensus in Family Medicine, Teaching and Learning in Medicine, 29:3, 255-267, DOI: 10.1080/10401334.2016.1268964

Catégorie	Cluster
Clinique, communauté et culture	Prévention
	Compétences culturelles
	Déterminants sociaux de santé
	Engagement de la communauté
Compréhension du système de santé	Rôles en santé publique
	Systèmes de santé et politiques
	Coopération intersectorielle
	Fondements en santé publique
Science et données en santé des populations	Recherche
	Data science
	Surveillance
	Santé environnement

Maria Francesca Manca, interne en santé publique -
30/11/2018

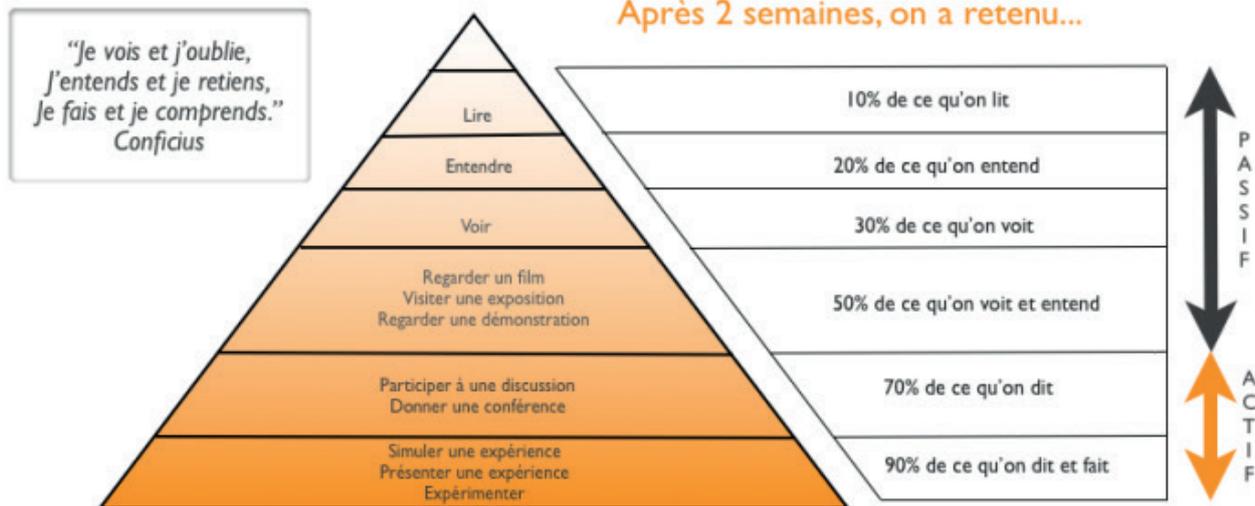
7

La pédagogie en santé publique

Maria Francesca Manca, interne en santé publique -
30/11/2018

8

Le cône d'apprentissage d'Edgar Dale



Maria Francesca Manca, interne en santé publique - 30/11/2018

Possibilité
d'une
participation
active des
étudiants à leur
apprentissage



Critical Public Health



ISSN: 0958-1596 (Print) 1469-3682 (Online) Journal home-page: <http://www.tandfonline.com/loi/ccph20>

**Addressing the dearth of critical gender analysis
in public health and medical pedagogy: an
interdisciplinary seminar to generate student-
created teaching examples**

Jerel P. Calzo, Sabra L. Katz-Wise, Brittany M. Charlton, Allegra R. Gordon &
Nancy Krieger

Maria Francesca Manca, interne en santé publique - 30/11/2018

10

Développer la réflexion pour intégrer une perspective à la pratique quotidienne : le cas de l'éthique

Potter *Public Health Reviews* (2015) 36:12
DOI 10.1186/s40985-015-0007-y

Public Health Reviews

REVIEW

Open Access

Teaching public health ethics

Christopher Potter



Maria Francesca Manca, interne en santé publique - 30/11/2018

11

Simulation, discussion, expérience sur le champ : un module basé sur le mélange des méthodes

Bertelsen et al. *Globalization and Health* (2015) 11:28
DOI 10.1186/s12992-015-0111-2

GLOBALIZATION AND HEALTH

RESEARCH

Open Access

Teaching global health with simulations and case discussions in a medical student selective

Nathan S Bertelsen^{1,2*}, Michelle DallaPiazza¹, Mary Ann Hopkins⁴ and Gbenga Ogedegbe^{5,6}



Maria Francesca Manca, interne en santé publique - 30/11/2018

12

L'interprofessionnalité en santé publique

Maria Francesca Manca, interne en santé publique -
30/11/2018

13

Pluri-professionnalité = Une activité où plusieurs professionnels participent et travaillent conjointement.

Interprofessionnalité = Une réelle interaction entre les différents professionnels, où chacun a sa place.

Formation interprofessionnelle = Au moins deux professions s'engagent dans des processus d'apprentissage conjoins, réciproques, qui leur permettent de mieux se connaître et de collaborer dans une visée d'amélioration de la qualité de soins.

Maria Francesca Manca, interne en santé publique -
30/11/2018

14

Séminaire interprofessionnel

- **Le principe :**

- Réunir des étudiants de différents horizons
- Vous travailler ensemble sur un même sujet
- Faire naître une culture du « travailler ensemble »
- Mettre fin aux stéréotypes des différents métiers
- → permettre une meilleure prise en charge du patient

14 Séminaire Interprofessionnel
09/04/2017-2018



RECHERCHE ET PERSPECTIVES

Pédagogie-Médecine 2015, 1(62), 105-117

DOI: 10.1051/pmed/20151018

© 2015 ICF Sciences / Société Internationale Francophone d'Éducation-Médecine

Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé

An interprofessional training program to learn to work together. The perception of health care students.

Laure FIQUET¹, Sandrine HUGÉ¹, Françoise ANNEZO², Anthony CHAPRON¹, Emmanuel ALLORY¹, Pierrick RENAUT¹

