



COVID-19

1

Note de position

de la Société Française de Santé Publique



20 avril 2021



PRÉAMBULE

Dans le cadre de la pandémie de Covid-19, le Ministre des Solidarités et de la Santé a confié à la SFSP une mission structurée autour des axes suivants :

- *Rassembler des éléments permettant de documenter, sur la base de l'expérience des acteurs, la mise en œuvre des mesures de lutte contre la pandémie de Covid-19 dans ses différentes dimensions sanitaire, médico-sociale et sociale, dans ses approches épidémiologiques (surveillance), préventives (mesures « barrière », dépistage, suivi des cas, isolement, activité physique, vaccination, ...) ou curatives (accès aux soins et à la santé) ;*
- *Elaborer des propositions sur les mesures de lutte contre la pandémie, qui prennent en compte leur impact sur les différents groupes sociaux et les populations fragiles et avec l'objectif de diminuer celui-ci sur les inégalités sociales de santé*

Pour mener à bien ce chantier, la SFSP a constitué un groupe de travail dont le rôle est, en lien avec les instances exécutives de l'association, de contribuer à une analyse globale de la situation sanitaire et sociale présente à moyen/long terme, et de faire des propositions pour accompagner le gouvernement dans la mise en place de mesures de santé publique. Constitué d'adhérents, personnes physiques ou morales, et de partenaires externes, ce groupe est pluridisciplinaire et pluriprofessionnel. Il s'appuie, pour ses recommandations et points de vigilance, sur les contributions des acteurs et professionnels de la santé publique¹.

Ses premiers travaux ont porté sur les expériences réussies, les besoins non couverts et les perspectives à moyen et long termes, notamment en prévision d'un « Ségur de la santé publique » que nous continuons d'appeler de nos vœux. **Ce document est la première note issue de ces travaux².**

D'autres analyses sont à venir qui viendront l'approfondir et la compléter.

VUE D'ENSEMBLE

Plus d'un an après le début de la crise sanitaire, nous faisons face à un événement qualifié de « syndémie » (The Lancet, 2020). Ce type de phénomène se caractérise par une synergie d'interactions entre des pathologies déjà existantes et des facteurs biologiques et environnementaux qui aggravent les conséquences complexes de ces maladies dans les populations³.

¹ Toute contribution au groupe de travail peut être adressée à covid19@sfsp.fr

² Elle s'accompagne d'une note « 1bis » spécifiquement consacrée aux enjeux de prévention dans les milieux scolaires, universitaires et du travail.

³ Cf. la définition donnée en 2017 par Laura Hart et Richard Horton : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30599-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30599-8/fulltext)



La situation appelle donc une approche de santé publique impliquant la prise en compte de déterminants médicaux mais aussi sociaux et environnementaux dans les mesures de riposte à l'événement, en complément et au-delà des approches biomédicales. Adopter cette approche, c'est veiller à réduire son impact social et celui de ces mesures sur la population au sein de laquelle les inégalités sociales et territoriales s'amplifient.

4 PRIORITÉS MAJEURES

La SFSP a identifié 4 priorités qui lui apparaissent comme majeures pour renforcer la stratégie de lutte contre la Covid-19 ou réduire son impact social.

- **Mieux prendre en compte les déterminants sociaux et environnementaux de la santé pour lutter contre les inégalités sociales**

L'appréhension de l'épidémie souffre d'une absence de lecture des différences sociales (« gradient social »). Nous manquons de données spécifiques et d'analyses d'éventuelles spécificités des modes de contamination en fonction des groupes sociaux autant que des mesures de prévention adaptées aux capacités différenciées (enjeu de la « littératie en santé⁴ »). L'impact de l'épidémie n'est pourtant pas identique sur tous les groupes sociaux, comme en témoigne par exemple le retard pris vis-à-vis des personnes en situation de handicap, des personnes âgées isolées, des personnes en perte de revenu, des étudiants précarisés. Une approche universelle des mesures ne peut que creuser les inégalités sociales et territoriales de santé. C'est une démarche d'universalisme proportionné qui doit être promue.

- **Renforcer les dispositifs de santé mentale pour répondre aux enjeux pressants**

Les indicateurs publiés au cours des derniers mois⁵ sont inquiétants quant à l'impact de la Covid-19 et des mesures prises pour y répondre sur l'état de santé mentale de la population. Au-delà des mesures déjà annoncées, il est urgent d'allouer massivement des moyens aux actions de promotion de la santé mentale et de prévention, ainsi qu'à l'accompagnement psychologique et social des personnes en souffrance psychique. Ces actions doivent être pensées en tenant compte des inégalités sociales et territoriales de santé, tant en termes d'impact sur la santé mentale qu'en termes d'accès aux soins et ressources locales. L'élaboration puis la mise en œuvre de ces actions au sein d'espaces de concertation permettant le dialogue entre professionnels de différents domaines et la population générale peuvent accroître l'efficacité. À titre d'exemple, les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont des instances de concertation et de coordination autour de la santé mentale de la population à l'échelle locale qui rassemblent élus locaux, professionnels de terrain (du champ sanitaire, social, médico-social et associatif, mais aussi police, justice, Éducation nationale...) ainsi que des personnes concernées (usagers, aidants, population générale). En leur sein, les acteurs locaux co-construisent les solutions à apporter selon les problématiques identifiées au niveau local. En associant la psychiatrie, les collectivités et les professionnels, le rôle majeur des déterminants sociaux de santé peut être pris en compte à tous les niveaux (de la prévention jusqu'en dans les parcours de soins et dans le rétablissement). En associant les

⁴ Motivation et compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant sa santé. Capacité évolutive au cours de la vie. (source : Santé publique France)

⁵ Par exemple le [Bulletin de surveillance syndromique de la santé mentale du 12 avril 2021 \(santepubliquefrance.fr\)](https://www.santepubliquefrance.fr/fr/bulletin-de-surveillance-syndromique-de-la-santé-mentale-du-12-avril-2021)



publics cibles à la construction et mise en œuvre de solutions, les CLSM également comme des dispositifs concrets de démocratie en santé.

- **Diversifier les modalités de mise en œuvre des interventions pour améliorer leur efficacité**

Que ce soit pour le traçage des contacts ou le déploiement de la vaccination, les expériences qui visent à diversifier les stratégies d'intervention, menées dans de nombreux territoires, contribuent à l'amélioration de leur efficacité. Il en va en particulier ainsi des stratégies dites « d'aller vers », qui permettent d'atteindre des personnes éloignées des services de santé et/ou qui subissent les effets de la « fracture numérique », et renforcent le triptyque « tester, alerter, protéger ». En matière de traçage des contacts, l'Assurance maladie réalise, en lien avec les ARS, un travail important. Cependant, le contact par téléphone ne suffit pas à atteindre l'ensemble des personnes concernées. Les expériences menées dans des territoires souvent considérés comme « spécifiques » peuvent éclairer les stratégies à déployer de façon plus large. Ainsi, en Guyane par exemple, un travail partenarial implique des associations qui sont en capacité de mener le travail d'investigation des contacts auprès de populations peu joignables par téléphone : travailleurs de l'économie informelle, personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale etc. Ces démarches montrent leur efficacité, comme nous l'ont appris des années d'expérience en réponse à d'autres épidémies. Couplées à une démarche épidémiologique de première ligne, elles permettent de mieux documenter les contextes de transmission du virus. Elles contribuent également à réduire les inégalités sociales de santé.

- **Systématiser les espaces de concertation pour accompagner la mise en œuvre des mesures sanitaires**

Depuis plus d'une année, des mesures sanitaires contraignantes pèsent sur les populations de façon importante, mettant les individus en tension. Les restrictions de liberté peuvent être d'autant plus mal vécues qu'elles peuvent s'accompagner de formes de culpabilisation voire de pénalisation de comportements individuels présentés comme déviants. Une telle approche s'accommode mal d'un objectif de renforcement des compétences et des capacités, qui est un axe fondamental de la promotion de la santé. A contrario, il est possible de « réguler » les comportements et les faire s'approcher des recommandations sanitaires autrement que par la contrainte. Cette démarche est fondatrice du travail mené depuis des décennies par les associations engagées dans la réduction des risques, qu'ils soient liés aux drogues, à la sexualité ou aux espaces festifs. Leur capacité à promouvoir et à faire adopter des comportements plus favorables à la santé, en particulier auprès des jeunes, n'est plus à démontrer. Mobiliser les compétences et utiliser le savoir-faire de ces organismes pour sensibiliser les personnes éloignées des directives ou recommandations actuelles ainsi que les intervenants chargés de les faire respecter nous semble un enjeu majeur. Ceci passe notamment par l'implication des acteurs de prévention et de réduction des risques dans l'élaboration de la réponse en matière de sécurité publique aux échelons départemental (préfectures) et local, afin de mieux accompagner la mise en œuvre des pratiques de contrôle, trop souvent perçues comme répressives. Il est urgent d'investir ces « espaces interstitiels » si l'on souhaite faire progresser globalement le respect des mesures dites « barrière ».



POINTS DE PRÉOCCUPATION ET DE VIGILANCE

Nous faisons figurer ici les éléments qui nous semblent devoir faire l'objet d'une vigilance renforcée à court et moyen termes.

1) Compréhension de l'évolution de l'épidémie et ses conséquences

- Renforcer les forces en épidémiologie de terrain pour améliorer la connaissance des sources et circuits de contamination. Mobiliser les grands réseaux de santé, associatifs notamment, dans ce sens. Identifier d'autres formes de contact tracing dans des groupes de population éloignés du système de santé. *Exemple des expériences menées dans une région comme la Guyane*
- Améliorer la remontée de « signaux faibles⁶ » identifiés par les acteurs des soins primaires en matière de dynamique de l'épidémie. *Exemple des médecins « vigies » dans la région Hauts-de-France qui ont permis d'anticiper les flux à venir dans les hôpitaux*
- Mieux communiquer sur l'importance de consulter en médecine de ville lorsque les symptômes de la Covid-19 deviennent gênants au quotidien et avant que les personnes concernées doivent se rendre à l'hôpital dans des états graves
- Mieux cerner les parcours de soin depuis la médecine de ville, au médico-social jusqu'au milieu hospitalier afin de pouvoir mettre en place les dispositifs nécessaires à cette amélioration de prises en charge au sein d'un territoire (perspective de combinaison nécessaire au long terme de données issues des soins en ville et des établissements de santé ou médico-sociaux)
- Au niveau territorial : promouvoir l'utilisation de données sociales, socio-politiques et sociologiques pour enrichir notre vision de la dynamique de l'épidémie.

2) Pilotage et déploiement de la réponse à la crise

- Définir une doctrine et une gouvernance interministérielle unifiée et lisible pour les citoyens et les acteurs
- À l'échelon local (communes, métropoles, départements), créer des cellules de veille et d'actions locales regroupant l'ensemble des acteurs concernés
- Multiplier les initiatives et expérimentations locales financées dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire où les acteurs multi professionnels de structures diverses ont trouvé ensemble des solutions à la gestion de la crise
Par exemple : Le conseil territorial de santé de l'Indre où les acteurs majeurs ont été sollicités pour trouver des solutions
- Mettre la priorité, aux échelons national, régional, local, sur la réduction des facteurs de vulnérabilité sociale de la population.

⁶ Événement de santé initialement de faible intensité, pouvant être annonciatrice d'une menace sanitaire de plus grande ampleur (source : Santé publique France).

3) Concertation avec les acteurs locaux, les acteurs de santé, les élus et la population

- L'efficacité des mesures de lutte contre l'épidémie repose sur leur co-élaboration, leur partage et leur acceptation par les acteurs sociaux et les populations, quel que soit leur rôle ou leur place dans leur mise en œuvre
- Il est essentiel d'associer davantage et de façon plus approfondie le Parlement et les instances de démocratie en santé à l'élaboration des mesures et au déploiement des stratégies. Ceci vaut en particulier, aux échelons régional et local, pour la campagne de vaccination et le dispositif « tester, alerter, protéger »
- À tous les échelons : faire vivre les espaces de dialogue et de débat déjà existants (« cellules de crise ») impliquant les acteurs de santé publique
- Favoriser une concertation intersectorielle permettant d'avoir des regards croisés lors de prises/applications de décisions

Exemple : Mettre en place des espaces de travail entre sécurité et santé publique pour accompagner la population dans l'acquisition de compétences face aux contraintes imposées (interdiction de l'alcool dans l'espace public, le respect des gestes barrières, etc.).

4) Communication publique, messages préventifs et éducation pour la santé

- Pour se donner un horizon commun de « sortie de crise », formuler en direction de la population les objectifs qui souhaitent être atteints à travers les décisions et mesures gouvernementales. Ceci permettrait de se projeter dans l'avenir et de fixer un horizon aux mesures prises. *Exemple : communiquer sur les indicateurs clés que nous devons atteindre ensemble (ex. : < 5 000 cas / jour⁷) pour permettre tel ou tel assouplissement des mesures (levée du couvre-feu, ouverture des commerces non essentiels et des établissements recevant du public etc.)*
- Assurer la stabilité et la clarté des discours publics et des acteurs en charge de la mise en œuvre des mesures de lutte contre l'épidémie afin d'optimiser l'efficacité de la réponse collective (cf. point 5 sur les protocoles sanitaires en milieu scolaire ou professionnel)
- Développer une approche pédagogique AVEC les publics cibles, expliquer les mesures envisagées ou les décisions prises pour en faire comprendre les raisons, le sens et la portée, et ainsi améliorer la compréhension et l'adhésion de la population
- Intégrer l'« aérosolisation » et ses implications pour la transmission du virus dans les messages d'information et de prévention
- Communiquer clairement sur les mesures de prévention, leurs modalités de mise en œuvre et leur impact attendu : hygiène, distanciation physique, masques, aération des lieux clos, isolement. Promouvoir des comportements de réduction des risques quand l'adoption des mesures préventives est rendue difficile. *Donner des indications concrètes sur tel ou tel acte de la vie sociale, par exemple :*

⁷ Seuil en-deçà duquel la stratégie « tester, alerter, protéger » peut efficacement contribuer à freiner la dynamique de circulation du virus.

- *Pour rendre visite à un parent âgé : « se faire dépister en amont et, si le test est négatif, continuer à appliquer les gestes barrières : porter un masque tout le long de la visite, se laver les mains à l'arrivée au domicile, conserver une distance physique d'un mètre environ, aérer la pièce X min toutes les X min. Protéger ses proches, c'est aussi se protéger ! »*
- *Pour se retrouver autour d'un pique-nique avec des amis : « limiter le nombre de personnes présentes à 6 personnes, chacun apporte son repas, ses boissons, ses ustensiles, respecter une distance d'au moins 2 mètres entre chacun (puisque port du masque impossible), se laver les mains avec du gel hydro alcoolique avant de commencer le repas »*
- Adapter les messages de prévention et les actions d'éducation pour la santé aux différents groupes sociaux et professionnels en prenant en compte la littératie en santé
- A tous les échelons, s'appuyer sur des représentants d'usagers du système de santé pour définir et tester les messages adressés à la population
- Mettre à disposition des acteurs engagés dans la gestion de la crise, à tous les échelons, les messages et outils qui ont montré leur pertinence (cf., par exemple, IREPS Guadeloupe) pour qu'ils soient adaptés aux populations locales
- Clarifier les discours publics sur l'efficacité des masques dits « inclusifs » (plexiglas).

5) Prévention dans les milieux de vie et de soin

a. Recommandations générales

- S'appuyer sur les connaissances acquises en France et à l'étranger sur la circulation du virus dans ces milieux de vie
- Mieux documenter les cas d'infection, les circuits de contamination et les chaînes de transmission dans ces milieux
- Mobiliser les réseaux d'acteurs de santé et de prévention pour transmettre les messages dans les milieux de vie : à l'école, à l'université, au travail etc.
- Harmoniser les conduites à tenir et les protocoles sanitaires afin d'éviter toute incompréhension : existe-t-il un fondement à des protocoles différents dans l'Education nationale par rapport aux consignes « grand public » ou pour les autres milieux professionnels ? Le cas échéant, expliquer les fondements de ces protocoles spécifiques
- Mobiliser les étudiants en santé, notamment dans le cadre du service sanitaire, dans la mise en œuvre d'interventions de prévention.

b. Dans les milieux scolaires et universitaires

Pour les prochains mois – et probablement pour la rentrée et l'année scolaire 2021-2022, la question sera surtout celle des conditions dans lesquelles il sera possible de maintenir l'enseignement en présentiel pour le plus grand nombre d'élèves et d'étudiants. Sur ce point, de nombreuses propositions ont été faites : elles doivent être prises en compte dans l'élaboration des mesures, notamment en matière d'hygiène et d'aération des salles de classe ou de dédoublement des classes.

- Prioriser la vaccination des enseignants et des personnels en contact avec les élèves et les étudiants (cf. point 7)
- Développer un réseau de « référents Covid » dans chaque établissement
- Renforcer la mise en œuvre des mesures préventives en milieu scolaire et en milieu professionnel :
 - hygiène : nettoyage des surfaces, des poignées de porte et des sols,
 - aération des salles et mesure du CO₂,
 - usage des espaces extérieurs pour les apprentissages,
 - respect des gestes barrières : lavage des mains, port du masque, distanciation physique,
 - adaptation de l'environnement : restauration collective, salles de pause...
 - dépistage et isolement : régularité des tests pour les employés venant sur site, respect de l'isolement des cas contacts, etc.
- Alerter sur les bénéfices/risques du distanciel pour les élèves et étudiants (fracture numérique, possibilités différenciées entre les familles etc.).

c. Dans les établissements de santé et médico-sociaux

- Prioriser la montée en puissance de la vaccination chez les soignants, en particulier au sein des établissements de santé et médico-sociaux, en missionnant les services de santé au travail et d'hygiène hospitalière et en renforçant urgemment leurs moyens humains et financiers (Cf chapitre 7)
- Renforcer la lutte contre les infections Covid-19 associées aux soins dans les établissements de santé et médico-sociaux.

6) Déploiement de la stratégie « tester, alerter, protéger »

- Si sa mise en œuvre efficace n'est pas compatible avec les niveaux d'incidence actuels, la stratégie sera à mettre en œuvre de façon prioritaire dès lors que l'incidence sera revenue à un niveau inférieur à 5 000 nouveaux cas par jour, seuil en-deçà duquel la stratégie « tester, alerter, protéger » peut efficacement contribuer à freiner la dynamique de circulation du virus
- L'observance de l'isolement par les personnes infectées ou par leurs contacts implique que leurs droits soient assurés et qu'elles n'en subissent pas de conséquences négatives. *Exemple : quelle sanction pour un employeur qui rend obligatoire la présence d'une personne Covid+ ou d'une personne contact ?*
- Améliorer les conditions matérielles et concrètes de l'isolement, par exemple à travers des visites à domicile d'infirmiers ou le déploiement d'équipes mobiles pouvant intervenir par téléphone, visioconférence ou au domicile
- Les moyens de réduire les inégalités sociales au dépistage doivent être accrus, avec quand cela est nécessaire le renforcement des dispositifs de médiation et d'aller vers, et l'adaptation de l'offre aux horaires des personnes actives
- Associer les organismes et structures locales à la stratégie de contact tracing pour en améliorer l'efficacité et l'efficience
- Proposer des alternatives à l'isolement à domicile pour les personnes résidant en habitat surpeuplé, ou qui ne sont pas en mesure de s'isoler à domicile ou qui sont sans domicile fixe.

7) Déploiement de la vaccination

- Prioriser la montée en puissance de la vaccination chez les soignants, en particulier au sein des établissements de santé et médico-sociaux, en missionnant les services de santé au travail et d'hygiène hospitalière et en renforçant urgemment leurs moyens humains et financiers
- Prioriser la vaccination des enseignants et de tous les personnels en contact avec les élèves et les étudiants, ne serait-ce que pour minimiser le risque de fermeture de classes, dont l'impact négatif n'est plus à démontrer
- Prioriser la vaccination sur la base des facteurs d'exposition et de vulnérabilité sociale des populations. *Exemple : prioriser les « travailleurs essentiels » ; réserver des plages horaires spécifiques pour les associations accompagnant des personnes en situation de vulnérabilité sociale et/ou prévoir des créneaux de vaccination au sein des dispositifs médico-sociaux, et envisager de leur réserver les vaccins à dose unique*
- Mettre en place des dispositifs d'accès à la vaccination pour les personnes éloignées du numérique
- Ne pas substituer de « vaccinodromes » aux dispositifs vaccinaux de proximité quand ceux-ci montrent leur efficacité
- Mobiliser les professionnels de santé volontaires dont les spécialités ont subi un impact moins fort de la pandémie
- Pour améliorer l'adhésion à la vaccination, anticiper les stratégies de communication sur la survenue d'événements indésirables liés aux vaccins et faire des professionnels de santé les relais des messages auprès de la population
- Clarifier les recommandations et les messages sur l'application des mesures de vaccination (intelligibilité des instructions ministérielles). Tester les messages auprès de représentants des professionnels de santé et des usagers pour faciliter le travail des équipes sur le terrain
- Concevoir des outils facilement accessibles et lisibles (infographies, logigrammes, arbres décisionnels, etc.) en s'inspirant des expériences existantes (associations de malades et d'usagers, sociétés savantes ou professionnelles, URPS...)
- Mieux coordonner la vaccination avec les parcours de soins habituels des usagers en impliquant les professionnels de santé de premier recours.

8) Impacts « indirects » de la Covid-19 ou des stratégies de riposte

- Face à la saturation du système de soins, mieux prendre en compte les retards ou déprogrammations de soins non Covid, ainsi que les actions de prévention dont le dépistage
- Assurer l'accompagnement psychosocial des personnes et familles en difficulté en raison de l'isolement
- Allouer davantage de moyens financiers à la compensation de perte de ressources des personnes les plus précarisées par la crise sanitaire
- Promouvoir le maintien ou le développement de l'activité physique quotidienne, pour la prévention des états dépressifs, le renforcement de l'immunité et le



maintien de la condition physique ou l'atténuation du déconditionnement physique, qui expose à des risques (cardio-respiratoires, métaboliques, hormonaux, psychologiques...)

PROSPECTIVE

Certains sujets méritent d'ores et déjà d'être considérés de façon approfondie, afin que des réponses puissent leur être apportées au plus vite.

Parmi ces enjeux, nous souhaitons en particulier mettre en exergue :

- La mise en place d'analyses de coût-efficacité des mesures de prévention de la Covid-19 par comparaison avec la prise en charge médico-psychosociale des personnes malades (hospitalisations, réanimation, formes graves...) et aux impacts de la pandémie à moyen et long termes
- Le développement et la structuration de filières de prise en charge des Covids dit « longs » permettant l'accès aux soins de tous. Réunissant des compétences pluridisciplinaires, elles permettraient la mise en place de bilans de santé élargis et limiteraient le nomadisme médical, sur le modèle de ce qui a été développé pour la maladie de Lyme. Dans ce cadre, développer des programmes d'éducation thérapeutique du patient et reconnaître la place des représentants des personnes touchées dans l'élaboration des politiques et des mesures. Soulever l'enjeu de la création d'une affection de longue durée (ALD) spécifique
- L'ouverture d'une négociation sur la reconnaissance de la Covid-19 comme maladie professionnelle au-delà des soignants sur l'élargissement des critères cliniques actuellement appliqués.

ANNEXE – CONTRIBUTEURS.TRICES AU GROUPE DE TRAVAIL

○ Bastien Affeltranger

Docteur en géographie, spécialisé en gestion des risques
Externe en médecine
Membre de la SFSP

○ Mathilde Carrara

Diplômée en santé publique et développement social
Directrice de l'IREPS Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy
Membre de la SFSP

○ Dr Yves Charpak

Médecin de santé publique, épidémiologiste, évaluateur, consultant en santé internationale
Administrateur de la SFSP

○ Dr Philippe Chazelle & Caroline de Pauw

Médecin stomatologue & Sociologue
Président & Directrice de l'URPS ML Hauts de France, association membre de la SFSP

○ Dominique Costagliola

Épidémiologiste et biostatisticienne
Directrice de recherche Inserm
Directrice adjointe de l'Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique
Membre de l'Académie des Sciences

○ Pr William Dab

Médecin de santé publique et épidémiologiste
Ancien Directeur Général de la Santé
Professeur émérite au CNAM (Conservatoire National des Arts et Métiers)

○ Dr Pascale Echard-Bezault

Médecin de santé publique
Directrice de la santé publique d'Evry-Courcouronnes
Administratrice de la SFSP

○ Pr Maxime Gignon

Professeur des universités-Praticien hospitalier en santé publique, Université Picardie Jules Verne et CHU d'Amiens
Chercheur au CRP-CPO Centre de recherche en psychologie : cognition, psychisme et organisations (EA7273)
Membre de la SFSP

○ Caroline Izambert

Agrégée et docteur en histoire
Directrice du plaidoyer de AIDES, association membre de la SFSP

○ Nathalie Latour

Assistante sociale, diplômée en Ingénierie et management des associations
Déléguée générale de la Fédération Addiction, association membre de la SFSP

○ Dr Jean-Luc Roelandt & Dr Déborah Sebbane

Médecins psychiatres
Directeur adjoint & Directrice du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, Lille

○ Dr Nicolas Vignier

Médecin de santé publique et infectiologue
Praticien hospitalier, Chef de l'Unité de santé publique GHT Île-de-France Sud, actuellement au Centre d'investigation clinique Inserm de Guyane, mission Corevih et coordination Covid, Centre hospitalier de Cayenne
Chercheur équipe ERES, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique
Membre de la SFSP

○ Pr Anne Vuillemin

Professeure des Universités en STAPS, Université Côte d'Azur
Directrice de l'École Universitaire de Recherche Écosystèmes des Sciences de la Santé (EUR HEALTHY - HEALTH science ecosYstems)
Secrétaire Générale de la SFSP

▪ Invité permanent

○ Pr Emmanuel Rusch

Professeur des universités-Praticien hospitalier en santé publique, Université et CHU de Tours
Directeur de l'équipe de recherche Education Ethique Santé (EA7505)
Président de la SFSP

▪ Coordination

○ François Berdougou

Délégué général de la SFSP

○ Claire Jolie

Cheffe de projets à la SFSP

Contact

François Berdougo, Délégué général : 06 07 01 81 42

Pour adresser toute contribution au groupe de travail : covid19@sfsp.fr

| COVID-19 - NOTE DE POSITION DE LA SFSP



Société Française de Santé Publique

1 rue de la Forêt - 54520 LAXOU

Tel : (+33)3.83.44.94.11

Fax : (+33)3.83.44.37.76

www.sfsp.fr