

Octobre 2015

BULLETIN NUMÉRO 28

# CLISP

Collège de Liaison des Internes de Santé Publique



## SOMMAIRE

- P03 - Editorial du Président
- P05 - Résumés du CAISP
- P09 - Interview : Tidiane Ball
- P13 - Lectures
- P17 - Interviews AISP
- P25 - EuroNet MRPH : mot de l'équipe française
- P26 - Les news du réseau : meeting EPHA de Bruxelles





## ÉDITORIAL DU PRÉSIDENT

### BIENVENUE !

Une fois de plus, nous avons le plaisir d'accueillir les nouveaux internes ayant choisi cette spécialité si passionnante qu'est la santé publique. Vous allez découvrir que cette spécialité est beaucoup plus riche que ce dont vous avez entendu parler ! Les possibilités en termes de carrières, de travaux et de projets sont quasiment illimitées. C'est aussi une spécialité qui continue à se construire. À ce titre les opportunités sont nombreuses pour participer à la fabrication de cet édifice qui ne fera que prendre de l'importance dans les années à venir.

### DES DOMAINES DE SANTÉ PUBLIQUE À CONSOLIDER

Autant l'épidémiologie et la recherche clinique sont des domaines très largement suivis par les internes de santé publique, autant les politiques publiques, l'économie de la santé, l'éthique, la sociologie le sont beaucoup moins. Quelques pistes pour comprendre ce phénomène pourraient être la rareté des enseignants dans ces domaines, la distance par rapport à la clinique encore un peu moins visible ou encore l'opacité de la formation au cours du DES concernant ces domaines.

Pourtant, les demandes sont nombreuses venant des administrations quelles qu'elles soient pour bénéficier du savoir et du savoir-faire des médecins de santé publique. La connaissance du monde médical sur le terrain procurée par l'externat, complétée par la formation nécessaire au travail en administration lors de l'internat, donne aux médecins de santé publique des compétences uniques pour répondre aux problématiques du système de santé français.

Il semble donc que les voies menant à des carrières universitaires, dans des domaines bien connus de recherche et d'épidémiologie soient bien établies, et que leur effectif annuel ait de ce fait atteint une certaine stabilité. L'augmentation de l'attractivité pour la spécialité de façon globale pourrait donc passer par une meilleure lisibilité et un investissement par les internes de santé publique des voies menant à des carrières administratives et décisionnelles à hautes responsabilités.

Bien sûr, il existe des freins à ce développement. Le premier est la réticence de prime abord des médecins pour les travaux dans l'administration. Celle-ci étant le



plus souvent synonyme de corvée, loin de l'activité de terrain, peu en lien avec l'exercice de la médecine et ayant peu d'impact sur les patients. Et pourtant, de nombreux médecins après une certaine période d'activité clinique s'orientent vers ces carrières ! Apportant leurs connaissances du terrain et pouvant agir à une échelle bien plus importante que le soin individuel.

La place des médecins dans ces secteurs n'est plus à démontrer. Seule reste la question de la formation adaptée à ce type de carrière. Des réflexions sont en cours afin d'ouvrir des débouchés toujours plus nombreux et riches après l'internat de santé publique.



*Les possibilités en termes de carrières, de travaux et de projets sont quasiment illimitées.*

*... les demandes sont nombreuses venant des administrations [...] pour bénéficier du savoir et du savoir-faire des médecins de santé publique.*

(...)

*Vous qui venez découvrir cette spécialité passionnante, qui participez à l'évolution et à la construction de la spécialité.*

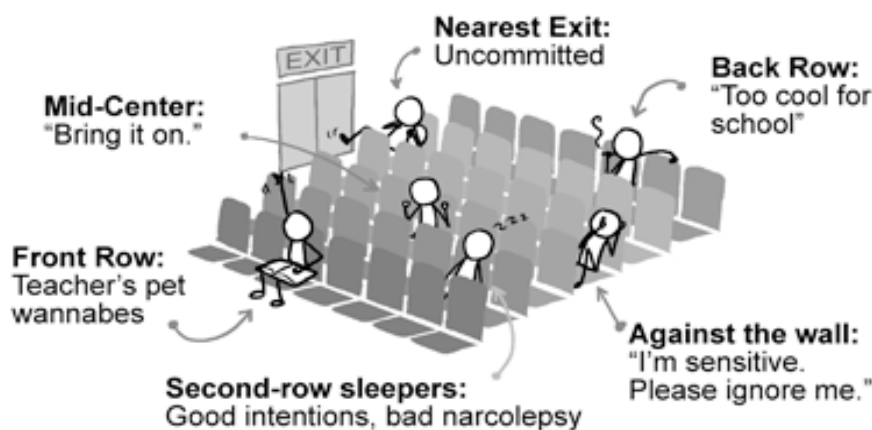
(...)

*Soyez certains que la spécialité que vous avez choisie est exceptionnelle !*



## WHERE YOU SIT IN CLASS/SEMINAR

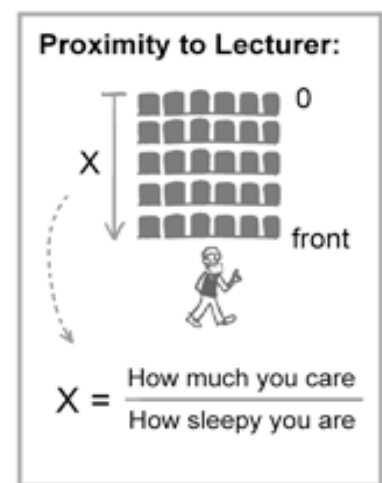
And what it says about you:



« Where do you sit? » by Jorge Cham  
www.phdcomics.com

Vous qui venez découvrir cette spécialité passionnante, qui participez à l'évolution et à la construction de la spécialité. Vous qui aurez les responsabilités d'une médecine à grande échelle. Vous qui aurez une influence de plus en plus grande sur l'évolution du système de santé français. Soyez certains que la spécialité que vous avez choisie est exceptionnelle !

WWW.PHDCOMICS.COM



JORGE CHAM © 2008

# ESTIMATION DE LA COUVERTURE VACCINALE CHEZ LES ADOLESCENTS

## Estimation de la couverture vaccinale chez les adolescents : résultats d'une enquête menée lors d'une Journée Défense et Citoyenneté en Ille-et-Vilaine

C Buscail<sup>1</sup>, B Gagnière<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cire Ouest, Cellule de l'InVS en région Bretagne - ARS Bretagne - 6, place des Colombes, 35042 Rennes cedex, France

### INTRODUCTION :

La mesure de la couverture vaccinale des jeunes adultes n'est pas réalisée en routine. La Journée Défense et Citoyenneté est obligatoire et cible les jeunes entre 16 et 18 ans. L'objectif de ce travail était d'estimer, dans cette tranche d'âge, la couverture vaccinale contre l'hépatite B, la méningite à méningocoque C, l'infection à Papillomavirus Humain (HPV), la rougeole, et d'estimer la couverture du rappel coquelucheux entre 11 et 13 ans.

### MATÉRIEL ET MÉTHODE :

L'enquête s'est déroulée du 19 au 26 janvier 2015, au Centre du Service National de Rennes. Les données relatives à la couverture vaccinale ont été saisies sur place à partir des carnets de santé. Le nombre de doses et les dates d'administration ont été recueillis pour chaque vaccin. Une personne était correctement vaccinée si elle avait reçu le nombre de doses recom-

mandé par le calendrier vaccinal lors du recueil.

### RÉSULTATS :

Sur les 467 jeunes présents, 408 (87,4 %) avaient apporté leur carnet de santé ou un document équivalent. Les mesures de couverture vaccinale étaient : 92,6 % [90,1-95,1] pour la rougeole, 34,6 % [30,0-39,2] pour la méningite C, 40,7 % [35,9-45,5] pour l'hépatite B, 60,1 % [55,7-64,9] pour la coqueluche (11-13 ans) et 30,1 % [23,9-36,3] des filles pour l'HPV.

### DISCUSSION :

Notre enquête a montré des résultats proches de ceux fournis par d'autres sources de données. Par ailleurs, le lieu de recrutement a permis de minimiser les biais de sélection dans une tranche d'âge où il est difficile d'estimer la couverture vaccinale.

# CONSOLIDATION DE LA DÉMARCHE QUALITÉ AU REGISTRE DES CANCERS



## Consolidation de la démarche qualité au Registre des cancers par la méthode LQAS

Florent Huré, Pierre-Marie Preux,  
Fouad Rharbaoui et Nathalie  
Léone.

Le Registre général des cancers en région Limousin a débuté l'inclusion, des tumeurs de vessie bénignes, à évolution imprévisible et in situ à compter des cas de 2007, en plus des tumeurs invasives.

L'analyse de la plausibilité de ses données, par comparaison avec les estimations nationales publiées fin 2013, a suggéré un défaut de fiabilité des données d'incidence de 2008 (taux d'incidence à 23,1 en Haute-Vienne versus 14,7 France entière). L'objectif de ce travail a été d'identifier les causes d'écarts et de mettre en place des mesures pour les corriger et les prévenir.

### **MATÉRIEL ET MÉTHODES :**

Toutes les tumeurs de vessie enregistrées pour 2008 ont été revues et recodées sans tenir compte du codage initial.

### **RÉSULTATS :**

Pour 2008, 151 tumeurs avaient été recensées, dont 114 comptant

pour l'incidence. Après recodification, sur 146 tumeurs, seulement 79 étaient prises en compte pour l'incidence. La principale cause d'erreur portait sur le comportement tumoral.

Une procédure de contrôle de l'enregistrement a été initiée selon la méthode du LQAS (Lot Quality Assurance Sampling).

### **CONCLUSION :**

Ce travail a permis d'améliorer la validité des tumeurs vésicales recensées par le Registre, d'identifier les erreurs de codage, de les corriger et de consolider les actions de contrôle pour les prévenir. Ce contrôle permettra de s'assurer de la fiabilité des lots envoyés à la base nationale. La faisabilité et la rapidité de cette méthode laissent entrevoir la possibilité de l'étendre à toutes les localisations de tumeurs enregistrées.

# COMMENT ORGANISER LE PARCOURS DE SOINS DES POPULATIONS VULNÉRABLES



## Comment organiser le parcours de soins des populations vulnérables entre la ville et l'hôpital ? Étude à partir d'une consultation hospitalière de médecine sociale

P.Piron<sup>1</sup>, S.Emery<sup>1</sup>, G.Moutel<sup>1•2</sup>.

<sup>1</sup> Unité de médecine sociale, Hôpital Corentin Celton, Hôpitaux Universitaires Paris Ouest, APHP.

<sup>2</sup> Equipe Management des Organisations en Santé (EA7348 MOS), EHESP Paris-Rennes

### INTRODUCTION :

Les populations vulnérables ont des difficultés d'accès aux soins de ville. Des structures médico-sociales les aident au risque de les écarter du droit commun et de créer une filière spécifique à la précarité.

### OBJECTIFS :

Déterminer les caractéristiques des patients d'une consultation de médecine sociale ayant une couverture sociale et les critères, à priori, de non réorientation vers les soins de ville.

### MÉTHODE :

Une étude descriptive des patients de l'unité de médecine sociale de l'hôpital Corentin Celton, Issy-les-Moulineaux, France, sera réalisée à l'aide d'un questionnaire qui déterminera également les critères de non réorientation vers la ville. La population jugée réorientable sera randomisée en 2 groupes. L'un poursuivra le suivi dans l'unité, l'autre sera renvoyé vers un médecin généraliste de ville. Un suivi à 2 mois évaluera la survenue

d'événements indésirables dans les deux groupes.

### RÉSULTATS :

73 patients ont été inclus. 74% avait une couverture complémentaire. Plus de 80% des personnes connaissent l'état de leurs droits sociaux et l'existence des médecins de ville. Les critères de non réorientation étaient : la pathologie psychiatrique (20%), la fragilité des droits sociaux (15%), la non autonomie dans le parcours de santé (46%) et les difficultés financières (20%). 24 patients ont été jugés ré-orientables (33%), 13 ont été réorientés en soins de ville et 11 ont poursuivi leur suivi dans l'unité. Le suivi à 2 mois est en cours.

### CONCLUSION :

Le non accès aux soins de ville des populations vulnérables ne se limite pas à l'absence de droits sociaux ou aux difficultés financières.

## LE RÔLE DES AIDANTS FACE À L'ENTRÉE EN INSTITUTION D'UN PROCHE ÂGÉ



### Le rôle des aidants face à l'entrée en institution d'un proche âgé dépendant

publié dans la revue *Ethique et santé*, mars 2015

Alexandre Vallée, Interne de Santé Publique CHU Amiens, co-responsable CLISP région Nord-Ouest

Le passage du domicile à l'institution est un acte symbolique souvent vécu comme un choc pour la plupart des personnes âgées dépendantes mais aussi pour les familles. Alors que le nombre de personnes âgées dépendantes augmente, le nombre de place en institution se fait de plus en plus difficile à trouver. Ce travail s'attarde sur l'impact de ce bouleversement familial qui s'opère, aux rôles qui peuvent s'inverser et à l'éclatement des bulles familiales. De même nous cherchons à mettre en évidence l'importance du rôle des aidants dans ce processus et faire apparaître les répercussions sur la santé des aidants, ainsi que les réponses de la société pour les soutenir. Ce sont le plus souvent les filles qui sont concernées par ce rôle d'aidant naturel après les épouses. Elles doivent adapter leur mode de vie pour remplir ce rôle au détriment de leur équilibre, de nombreuses pathologies appa-

raissent dans l'accomplissement de leur mission, la non-reconnaissance de leur rôle provoque une précarisation de leur futur. La société met en place des structures d'encadrement mais celles-ci sont encore trop méconnues et insuffisantes. Il est essentiel de s'occuper de façon globale des familles lors de l'entrée en institution d'un proche dépendant pour optimiser la répartition des tâches et ainsi aboutir à une meilleure prise en charge. L'épuisement, le manque d'expérience et de recul peuvent conduire à des situations extrêmes... S'occuper des aidants naturels est primordial pour leur santé mais aussi éviter les situations de désespoir et de maltraitance envers leurs proches dépendants.



## TABLE RONDE : TIDIANE BALL

Présent en Europe à l'occasion du Forum mondial de la langue française à Liège, Tidiane Ball est venu rencontrer le SPI pour présenter son projet. Médecin de santé publique au Mali et engagé dans l'accès aux soins, il est le fondateur du site internet Mali-Santé. Sa venue a permis de traiter de nombreux sujets avec les internes de santé publique : études, difficultés rencontrées au cours de la formation, projets...



### POURRIEZ-VOUS NOUS PRÉSENTER BRIÈVEMENT VOTRE PARCOURS ?

Je suis médecin spécialiste en informatique médicale. J'ai fondé en 2009, le site web malisanté.net, site d'information médicale au Mali. Il répertorie tous les dispositifs médicaux, les médecins, les cabinets sur l'ensemble du territoire. Le site, après 6 ans d'existence, compte 30000 visites par mois.

### POURQUOI AVOIR FAIT MÉDECINE ?

Au Mali, le choix est très limité après le bac. A l'époque, nous n'avions que quatre grandes écoles : médecine, droit, économie et la fac de science. Je me suis orienté vers la biologie car je voulais devenir médecin. Mais au

fil du temps, en arrivant vers la cinquième année, je me suis posé des questions car le métier de médecin au Mali est très compliqué. Le salaire d'un médecin malien est d'environ 200.000 CFA (environ 300€). C'est difficile d'être payé comme ça quand on a fait bac+7. Dans ce cas, on se dit qu'on ne pourra pas être un bon médecin avec un tel salaire. À un moment donné, tu es médecin et tu fais d'autres choses à côté. Certains écrivent des ordonnances qui n'ont pas de sens contre rémunération. Certains fraudent sur les ordonnances ou les bilans biologiques pour s'enrichir. Les conditions ne sont pas réunies pour faire de la médecine de qualité. Je me suis dit qu'étant données mes qualités en informatique, je pourrais faire le lien avec la médecine. J'utiliserais

ainsi mes connaissances de médecine dans l'informatique et mes connaissances d'informatique dans la médecine.

### EXISTE-T-IL UNE SPÉCIALITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE AU MALI ?

Elle existe mais est récente. Elle a été créée il y a 2 ou 3 ans. Les domaines de la santé publique sont limités. Il s'agit essentiellement de la nutrition et de la santé communautaire. Beaucoup moins de l'épidémiologie bien qu'il existe un partenariat entre des facultés de médecine du Mali et la faculté de Bordeaux. De nombreuses disciplines de santé publique ne sont pas enseignées au Mali. C'est lié à l'environnement car au Mali, nous avons essentiellement des



*J'utiliserais ainsi mes connaissances de médecine dans l'informatique et mes connaissances d'informatique dans la médecine.*

(...)

*Au Mali, le problème des projets est l'instabilité des financements.*



problèmes de nutrition et développé un système de centres communautaires donc il faut former des spécialistes dans ce domaine là. Cependant, le master est très cher au Mali. Il faut compter 4000€ par an.

### **COMMENT SE DÉROULE L'INTERNAT AU MALI ?**

C'est un peu la même chose au Mali (qu'en France) sauf que maintenant l'internat est bloqué car l'état n'a plus l'argent pour financer l'après concours. Il faudra financer les études pour les internes. L'état avait suggéré que chaque étudiant finance lui-même ses études. Le problème est que la plupart des étudiants n'ont pas les moyens. Du coup, il n'existe plus de concours de l'internat. La spécialisation se fait directement après les études. Avant, plusieurs générations d'étudiants ont passé le concours d'internat mais l'expérience s'est arrêtée là. Le système a beaucoup d'avantages car très jeune on devient spécialiste. Ça évite de devoir attendre longtemps.

### **COMMENT SE PASSE LE CHOIX DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES ?**

Il faut s'inscrire pour la spécialisation. Il peut exister des concours locaux de spécialisation. Un étudiant voulant faire de la cardiologie peut s'inscrire en cardiologie afin de passer le concours. En cas d'échec, il faudra attendre une année supplémentaire pour passer un autre concours.

### **L'INTERNAT EST-IL OPTIONNEL ?**

L'internat n'existe plus. La spécialisation se fait après les 7 années d'études (les premiers et deuxième cycles en France, NDLR). Pas besoin d'attendre 4 ans pour se spécialiser.

### **L'INFORMATIQUE MÉDICALE EST-ELLE UNE SPÉCIALITÉ AU MALI ?**

À l'époque, il n'était pas possible de se former dans le domaine de l'informatique médicale au Mali. Il fallait aller à l'université d'Aix-Marseille qui permettait de suivre la formation en ligne. J'ai obtenu une bourse de l'OIF (Organisation Internationale de la Francophonie) pour financer les études. Celle-ci n'a pas été reconduite pour la deuxième année de master. La spécialisation en informatique médicale s'est donc faite par ce cursus.

### **OÙ EN EST L'INFORMATIQUE MÉDICALE AU MALI ?**

C'est compliqué. Nous avons une agence nationale de télé-médecine et d'informatique médicale mais qui en est à ses débuts et qui patauge. Tant de fois ils ont essayé de mettre en place le dossier médical informatisé mais n'ont pas réussi compte tenu du désordre dans les hôpitaux. Au Mali, le problème des projets est l'instabilité des financements. Quand les financements s'arrêtent, les projets s'arrêtent.

## **POUVEZ-VOUS DÉVELOPPER UN PROJET QUE VOUS AVEZ EU AVEC MALISANTÉ ?**

Le nouveau projet que nous développons actuellement est une plate-forme en ligne qui permettra à la diaspora malienne de subvenir aux besoins médicaux de leurs parents qui sont restés au Mali. Au lieu d'envoyer de l'argent liquide, et afin d'éviter de se faire escroquer ou que l'argent soit mal utilisé par les proches. Le système permet de transmettre de l'argent à ses proches sans risque après avoir créé un compte, que le correspondant au Mali pourra utiliser grâce à une carte. Quand il aura un besoin médical (consultation, pharmacie...), il amènera la carte. Le médecin ou le pharmacien pourra consulter le crédit du compte et accepter cette carte comme moyen de paiement. Ce système est plus avantageux que les systèmes de transfert classiques qui prennent environ 5% de commission pour envoyer de l'argent. Notre plate-forme Malisanté n'est pas gratuite mais tout de même beaucoup plus avantageuse (plutôt 2,5% de commission pour les frais de fonctionnement).

## **QU'EN EST-IL DU SECRET MÉDICAL ET DE INFORMATIONS TRANSMISES AUX PROCHES QUI EXPÉDIENT L'ARGENT ? Y A-T-IL UN RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ QUANT À LA CONNAISSANCE DE L'UTILISATION DES FONDS PAR**

## **LES PROCHES QUI ENVOIENT L'ARGENT ?**

Ont connaissance de cette utilisation : les proches, les médecins, les pharmaciens, le patient lui-même, et le gestionnaire. Mais les proches et le gestionnaire n'ont accès qu'au solde du compte. De même que le médecin afin de savoir si le patient pourra se payer le traitement. Les proches doivent avoir accès aux informations pour savoir si leur argent est bien dépensé. Les dépenses de santé font l'objet de la génération automatique d'un reçu. Les Maliens de la diaspora sont très satisfaits à l'idée d'avoir des reçus afin d'obtenir une remise sur les impôts en fin d'année.

## **LES PROCHES ONT-ILS ACCÈS AUX SOINS ET MÉDICAMENTS AUXQUELS LE PATIENT A EU RECOURS ?**

Non, les proches ne connaissent que les sommes dépensées par les reçus auxquels ils ont accès.

## **COMMENT FONCTIONNE MALISANTÉ ? PAR VOTRE UNIQUE VOLONTÉ ? AVEZ-VOUS D'AUTRES FINANCEMENTS ?**

Nous n'avons actuellement pas de financement ou de publicité. La question des financements est compliquée au Mali. Il faut connaître personnellement les décideurs pour obtenir les finance-



*Le nouveau projet que nous développons actuellement est une plate-forme en ligne qui permettra à la diaspora malienne de subvenir aux besoins médicaux de leurs parents qui sont restés au Mali.*

(...)

*La co-construction du projet avec les Maliens concernés facilitera la conduite de la démarche.*



ments. Sinon, la demande n'obtient pas de retour.

### **EXISTE-T-IL D'AUTRES PROJETS SIMILAIRES ?**

Je suis le seul au Mali. J'ai commencé les discussions avec les Maliens de France par une fiche d'enquête afin de savoir par quelles régions maliennes commencer, s'ils sont intéressés par le projet et aussi les intégrer dans la mise en oeuvre du projet, et essayer qu'ils soient intéressés depuis le début. La co-construction du projet avec les Maliens concernés facilitera la conduite de la démarche.

### **QUELLE EST VOTRE PERSPECTIVE DE DÉPLOIEMENT DU PROJET ?**

La première région sera celle où il y a la plus grande émigration vers la France. Et Bamako car beaucoup de Maliens de la capitale ont un proche en France et que la ville compte beaucoup d'hôpitaux.

### **QUELLE EST LA FINALITÉ DE MALI SANTÉ ? UNE ÉVALUATION DE L'IMPACT DU PROJET EST-ELLE PRÉVUE ?**

Malisanté a pour finalité de devenir une plate-forme médicale au Mali. Nous allons évaluer l'impact du projet à travers des questionnaires

afin de mesurer le niveau de satisfaction de nos cibles. Cet impact se mesure aussi par l'accès aux soins des populations maliennes, qui sera facilité par la plate-forme Malisanté.

Pour en savoir plus sur le projet : [www.malisante.net](http://www.malisante.net)

Ou contacter Tidiane Ball : [info@malisante.net](mailto:info@malisante.net)

Propos recueillis par le SPI



# SOCIOLOGIE POLITIQUE DE LA SANTÉ, HENRI BERGERON ET PATRICK CASTEL



L'ouvrage d'Henri Bergeron et de Patrick Castel est une véritable mine d'or pour celles et ceux qui souhaitent découvrir ou redécouvrir notre système de santé en dehors de la vision purement médicale que nous pouvons en avoir.

Bien fournies, les 429 pages de papier bible de l'ouvrage peuvent en rebuter plus d'un. Mais à peine les premiers chapitres entamés que nous nous plongeons dans l'univers de la sociologie politique de la santé. Les paragraphes se parcourent avec une fluidité presque étonnante. Même aux « profanes » de la sociologie (au sens durkheimien du terme) l'approche pédagogique du texte séduit et convainc à se pencher davantage sur les sciences humaines pour éclairer notre vision de médecin.

« Sociologie politique de la santé » est un ouvrage complet (parfois trop) permettant d'étayer les réflexions personnelles : quelles ont été les évolutions des systèmes de santé depuis leur création ? Sous quelles impulsions ? Quel rôle y a joué le corps médical ? Et ... comment le 'corps médical' s'est-il lui-même constitué ?

L'ouvrage est articulé en trois parties pouvant se découvrir indépendamment : les trajectoires des systèmes de santé ; les organisations et les professionnels du soin et enfin les politiques de santé publique.

La première partie sur les trajectoires de santé tente d'expliquer la genèse et la diversité des systèmes de santé en mettant l'accent sur le modèle américain qui paraît si étrange d'un point de vue européen. Il est ici également question des différentes réformes des systèmes de santé, de leur direction commune s'il en est, ainsi que des instruments utilisés par les politiques pour y parvenir.

La deuxième partie s'attache à détailler les professionnels de santé, leur constitution (quelle part de responsabilité de la faculté de médecine dans l'identité médicale ? etc) et leur organisation. Comment

expliquer le rôle et le poids des médecins dans les décisions politiques ? Comment cette profession a su faire corps pour gagner sa place dans la société et peser sur les décisions ? Les auteurs soulignent également les fragmentations au sein même de la profession sur différents sujets, et à différentes époques, et notamment lors de la création de la Sécurité sociale. Enfin, l'hôpital est passé à la loupe sociologique tant sur son organisation propre, sur les rôles joués par les différents acteurs que sur la relation thérapeutique – asymétrique et si particulière – entre un médecin et 'son' malade.

La troisième et dernière partie aborde les politiques de santé publique. Abordant des sujets pourtant très familiers, l'ouvrage réussit néanmoins à nous les faire redécouvrir en changeant complètement de paradigme : l'épidémiologie et la recherche biomédicale, les causes des inégalités sociales (et politiques) en santé ou encore les instruments de la santé publique. Ce chapitre décortique au passage les différentes « crises sanitaires », « affaires » et autres « scandales » (Médiateur®, prothèses PIP®, ...) avec une approche détaillée - et un brin caustique - sur les difficultés de notre système de santé.



*L'ouvrage d'Henri Bergeron et de Patrick Castel est une véritable mine d'or [...]*

*[...] un ouvrage complet (parfois trop) permettant d'étayer les réflexions personnelles*

*[...] cet ouvrage permet d'apporter un prisme différent et ainsi de découvrir des réalités tout en nuances et en complexités.*



La conclusion revient sur la problématique initiale – ô combien centrale – de la place que nous accordons à l'État. Face à la crise de l'État-Providence et l'émergence des néo-libéralismes, quelles perspectives d'évolution pour notre protection sociale ?

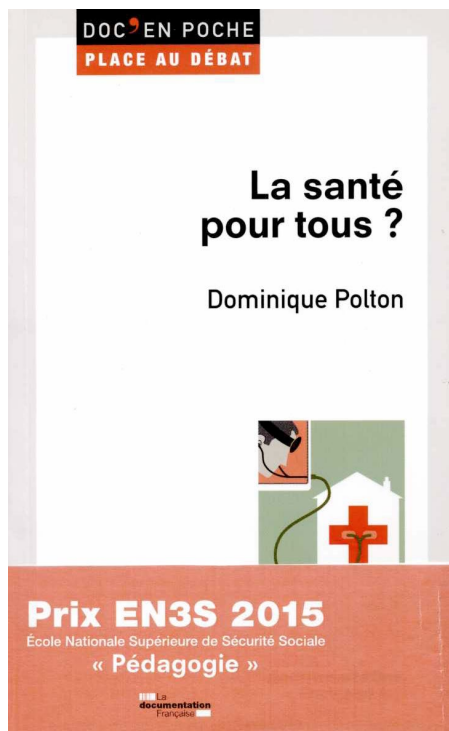
Alors que les débats autour de la loi de santé déchaînent les pas-

sions – souvent au-delà du raisonnable – cet ouvrage permet d'apporter un prisme différent et ainsi de découvrir des réalités tout en nuances et en complexités.

***Sociologie politique de la santé,***  
**par Henri Bergeron et Patrick Castel. Presses Universitaires de France, 2015, 484 p., 24€.**

# LA SANTÉ POUR TOUS ?

## DOMINIQUE POLTON



Économiste de formation, directrice de l'IRDES pendant 8 ans, puis directrice de la stratégie et des statistiques à la CNAMTS, Dominique Polton est actuellement conseillère auprès du directeur général de l'Assurance Maladie. Dans *La santé pour tous ?*, elle dresse le portrait du système de soins français et ses défaillances, et s'intéresse aux solutions possibles en les questionnant.

### UNE PHOTOGRAPHIE DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

Dans son livre, Dominique Polton fait le point sur les défis futurs que notre système de soins devra relever, notamment les inégalités de santé et d'accès aux soins. N'hésitant pas à discuter la pertinence de la prévention comme facteur permettant de diminuer les dépenses de santé, ou à souligner les points faibles comme la mortalité prématurée, l'auteur pose la question des leviers disponibles pour inverser la tendance et la place du financement de ces derniers dans un contexte de réduction des dépenses publiques.

Sanitaire, mais également financier, le bilan que dresse l'auteur tente d'identifier les faiblesses passées et présentes de notre système. S'intéressant aux finances de l'assurance maladie, le livre discute des causes de cette situation et des raisons de l'échec d'un retour à l'équilibre des dépenses de santé : pourquoi ce déficit ? Quelles explications à l'impuissance des pouvoirs publics à réduire les dépenses de santé ?

### QUELLES SOLUTIONS ?

Dans la seconde moitié du livre consacrée aux pistes d'amé-

lioration du système de santé, Dominique Polton ne se limite pas à une liste des stratégies proposées par les uns ou les autres, elle les critique et propose ainsi une vision plus nuancée de solutions parfois annoncées comme des remèdes miracles à l'organisation de la santé en France. Progresser dans la rationalisation des soins et maintenir l'accès à l'innovation, sortir du "tout hôpital" et redonner à la médecine de ville sa place de premier recours, réduire les inégalités de santé dans les limites du champ d'action du système de soins... Bien que ces propositions soient connues de tous, l'auteur explique en quoi elles sont des solutions et quelles en sont leurs limites.

Si certaines des solutions envisagées par l'auteur peuvent être mises en oeuvre dans le système actuel, d'autres nécessiteraient de lourdes réformes. En effet, le problème du financement des soins ne fait pas l'objet de solutions évidentes : problème du reste à charge, part des remboursement entre la couverture obligatoire et les complémentaires, coûts liés à la gestion de ce système... Une plus grande redistribution financière semble compliquée dans le contexte économique actuel. L'autre grande problématique



*[...] l'auteur pose la question des leviers disponibles pour inverser la tendance et la place du financement de ces derniers dans un contexte de réduction des dépenses publiques.*

*(...)*

*Dominique Polton [...] propose ainsi une vision plus nuancée de solutions parfois annoncées comme des remèdes miracles à l'organisation de la santé en France.*

*(...)*

*Dominique Polton propose un livre accessible [...] permettant de rapidement comprendre les grands enjeux sanitaires et financiers à venir pour le système de soins français.*



de notre système de soins : sa gouvernance ! Quelle gestion ? Quel Pilotage ? L'auteur propose des clarifications du rôle des institutions.

### **UN OUVRAGE INTRODUCTIF ET ACCESSIBLE**

Dominique Polton propose un livre accessible sans pré-requis permettant de rapidement comprendre les grands enjeux sanitaires et financiers à venir pour le système de soins français.

*La santé pour tous ?, par Dominique Polton. La Documentation Française, 2014, 192 p., 7,90€*



# INTERVIEW AISP : PHILIPPE JEAN BOUSQUET

AISP



## AT : BONJOUR, QUE DIRAIS-TU POUR TE PRÉSENTER ?

Je suis un ancien interne de santé publique de Montpellier, et je travaille actuellement à l'Institut National du Cancer à Boulogne Billancourt.

## AT : QUE FAIS-TU DANS TON POSTE ACTUEL ?

Je suis responsable du département Observation Veille et Évaluation à l'INCa, où j'encadre 16 personnes. C'est un poste de manager, axé santé publique. Les thématiques principales sont l'épidémiologie, l'évaluation, l'analyse et le traitement de données, les systèmes d'information et la veille. Le service apporte son expertise scientifique et technique. Par exemple nous avons contribué à la renégociation de la convention AERAS, pour permettre d'assurer les personnes ayant survécu à leur cancer sans surprime et sans

exclusion à partir d'un certain temps. C'est un des charmes de notre spécialité : pouvoir mettre en œuvre des actions pour le public, avec un réel impact.

## AT : POURQUOI AVOIR CHOISI LA SANTÉ PUBLIQUE ?

En fin d'externat j'hésitais entre la santé publique et l'immunologie – rhumatologie. Je désirais rentrer dans le monde de la recherche, comprendre les mécanismes, découvrir les nouvelles étiologies, les nouveaux traitements... J'apprécie également les nombreux échanges qui peuvent avoir lieu dans notre spécialité. Cela m'a fait choisir la santé publique.

## AT : PEUX-TU NOUS RACONTER TON PARCOURS THÉORIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE ?

J'ai un parcours théorique plutôt complet : docteur en Médecine, DES de Santé Publique, DESC d'allergologie et d'immunologie clinique, doctorat d'université, école doctorale I2S (Information, Structures, Systèmes), spécialité biostatistique et HDR (Habilitation à Diriger des Recherches). 4 Diplômes Universitaires : éducation santé et thérapeutique du patient ; Pédagogie médicale

et aide à la communication ; Hygiène hospitalière, et évaluation, économie de la santé et qualité de Vie. M1 : Épidémiologie et Recherche Clinique, Biostatistique et Modélisation, Immunologie et Immuno-pathologie, Cytologie et Histologie. M2 : Méthodes d'analyse des Systèmes de Santé

Diplôme de Statistique Appliquée à la Médecine – Centre d'Enseignement de la Statistique Appliquée à la Médecine et à la Biologie Médical (CESAM) – Option Statistique en Recherche Clinique et Epidémiologie – Principes et méthodes quantitatives

## AT : ET PARMIS TOUTES CES FORMATIONS, Y EN A-T-IL UNE SUR LAQUELLE TU AIMERAI PARTICULIÈREMENT REVENIR ?

Le DU d'hygiène : c'est celui qui a dû m'apprendre le plus, car il vise la vraie vie. Cela change des autres formations qui apprennent les protocoles, et les statistiques (qui sont importants à connaître). Mais la démarche qualité, et se placer dans des conditions réelles où l'on ne peut pas maîtriser tous les paramètres, et sûrement pas tous en même temps ; cela permet d'apprendre beaucoup. J'aime



*C'est un des charmes de notre spécialité : pouvoir mettre en œuvre des actions pour le public, avec un réel impact.*

*[...] avoir une ouverture d'esprit et comprendre que l'on est à la croisée des chemins et que c'est là que se trouve notre expertise.*

*Développez votre expérience aussi en dehors de vos stages.*

*[...] soyez fiers de vos réussites, et assumez vos échecs, car vous apprendrez beaucoup des deux.*



pour cela la devise « Plan, Do, Check, Act » qui permet de gravir les échelons de qualité.

### **AT : AS-TU OCCUPÉ D'AUTRES POSTES AVANT L'INCA ?**

Juste avant d'arriver à l'INCa, j'ai eu un poste d'ingénieur hospitalier à Nîmes pendant quelques mois à la sortie de mon clinicat en Département de Biostatistique, Épidémiologie, Santé Publique et Information Médicale à Nîmes.

Avant ça, j'ai réalisé un post doctorat dans le Respiratory Epidemiology and Public Health Group, à l'Imperial College de Londres. Il m'a permis de me consacrer à plein temps sur ma thèse de sciences. Sa réalisation a été possible grâce à une bourse de projets européens.

### **AT : TOUT TON PARCOURS SEMBLE BIEN COMPLET. TU AS DÛ BIEN LE PLANIFIER DÈS LE DÉBUT ?**

Oui et non. C'est important de préparer les choses à l'avance, cela facilite leur déroulement. Cependant on a toujours des surprises : j'avais prévu mon parcours théorique en visant un poste de PU-PH hospitalier. C'est bien éloigné de mon poste actuel.

### **AT : QUELLES SONT LES COMPÉTENCES IMPORTANTES À ACQUÉRIR AU COURS DE L'INTERNAT SELON TOI ?**

Sur le plan théorique, la méthode et la rigueur qui sont importantes pour un médecin de santé publique. De façon plus pratique, avoir une ouverture d'esprit et comprendre que l'on est à la croisée des chemins et que c'est là que se trouve notre expertise.

### **AT : AU NIVEAU DES STAGES QUI SONT PROPOSÉS, AS-TU DES CONSEILS ?**

Oui, celui de passer partout. La spécialisation se fait par la suite. Et pour savoir ce que l'on aime, il faut bien passer partout, pour découvrir les différents services. Pour cela deux options : soit dans votre ville si elle propose ce qu'il faut, sinon ne pas hésiter à faire des inter-CHU.

Quels conseils donnerais-tu aux actuels internes de santé publique ?

- Éviter de perdre du temps, passer un maximum de formation dès le début, car plus le temps passe et plus ce sera difficile de s'y remettre.
- Développer votre expérience aussi en dehors de vos stages. J'ai par exemple beaucoup apprécié de faire de l'enseignement.

- Ne pas hésiter à bouger, nous avons une spécialité qui s’y prête. J’ai attendu la fin de mon internat, mais partir à Londres était vraiment une super expérience.
- L’internat de santé publique est très large, et chacun peut en faire ce qu’il veut. Il faut en profiter et faire vraiment ce que

vous souhaitez, faire vos choix. Et n’oubliez pas qu’on apprend de chaque décision : soyez fiers de vos réussites, et assumez vos échecs, car vous apprendrez beaucoup des deux.

**Propos recueillis par Audrey Tanguy, ISP à Paris**



### **LS : BONJOUR ARNAUD, POURRAIS-TU TE PRÉSENTER EN QUELQUES MOTS ?**

J'ai 31 ans, un enfant, je suis médecin de santé publique et AISP. Je travaille actuellement à la Haute autorité de santé en tant qu'adjoint au chef du service « indicateurs pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins » (SIPAQSS), qui, au passage, est elle-même médecin de santé publique.

### **LS : QUELS ONT ÉTÉ LES POSTES QUE TU AS OCCUPÉS EN SORTANT DE TON INTERNAT ET QUEL ÉTAIT TON TRAVAIL, TES MISSIONS ?**

Juste après l'internat j'ai travaillé au ministère de la santé, à la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) dans un bureau qui travaille sur la planification des soins et sur l'évolution du modèle de financement des soins.

J'y ai donc fait des choses diverses : j'étais le pilote du programme national d'amélioration de la pertinence des soins, mon rôle le plus visible, je faisais l'appui médical sur les questions de planification sanitaire (SROS-PRS), j'étais chargé de la définition des indicateurs de performance pour les structures de SSR, nous avons aussi défini une nouvelle catégorie d'établissements de santé : les hôpitaux de proximité pour lesquels il faut désormais élaborer un modèle de financement alternatif à la T2A. J'avais lancé un projet de projections des activités (nombre de séjours) en MCO et SSR pour étudier l'impact prévisionnel sur l'organisation des soins et nous avons réalisé la méthode de péréquation du Fonds d'Investissement Régional (FIR). Ce qui est agréable au ministère est que toutes les initiatives personnelles sont encouragées (jusqu'au moment de l'arbitrage politique évidemment) et que les dossiers ont tout de suite une portée nationale.

La HAS est mon second poste. J'ai beaucoup apprécié ce que j'ai fait avant, mais je dois dire, en tant que médecin, que la régulation actuelle est essentiellement financière, ce qui atteint rapidement ses limites... D'ailleurs de nombreux sujets sont communs avec mon

ancien bureau ce qui me permet de revoir mes collègues, en étant de l'autre côté, du côté « qualité ».

### **LS : ENVISAGES-TU D'ACCUEILLIR UN (DES) INTERNE(S) DANS TON SERVICE ?**

C'était envisagé dans le bureau dans lequel j'étais à la DGOS : un poste existe à la DGOS mais il existe plusieurs fiches de poste et le bureau rédigeait la sienne également. Les capacités d'encadrement existaient puisque quand je suis parti, il y avait 2 autres médecins de santé publique dans le bureau. Ce semestre, le service dans lequel je travaille à la HAS accueille une interne que j'ai la chance d'encadrer. Personnellement, je trouve que pouvoir confier un travail à quelqu'un qui a été « formaté » et « pense comme moi », je veux dire avec sa formation de médecin et son point de vue santé publique, c'est un vrai plaisir.

### **LS : PEUX-TU NOUS RACONTER QUEL EST TON PARCOURS ET POURQUOI TU AS CHOISI LA MÉDECINE PUIS LA SANTÉ PUBLIQUE ?**

En fait, je n'ai choisi santé publique que la semaine précédant les choix...j'avais passé la dernière

année d'externat en me disant que je ferai médecine générale à Paris pour suivre un MBA et devenir manager, avec dans l'idée de devenir directeur d'hôpital. Disons-le, je ne m'étais pas énormément renseigné auparavant sur cette formation qui en fait a lieu à l'EHESP à Rennes. En tous les cas, je voulais gérer des projets et des gens et surtout éviter le côté répétitif et technique. J'ai eu la chance d'être en contact avec d'autres AISP, comme quoi ça sert, qui bossaient à l'époque à la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeAH) qui faisaient de l'analyse de processus dans des établissements de santé et se servaient du retour d'expérience pour produire des guides à l'usage de l'ensemble des établissements. Ça m'a vraiment intéressé. Depuis la MeAH est devenue l'ANAP et ne fait plus vraiment ça. Mais au moins je suis au bon endroit.

## **LS : RACONTE-MOI TON INTERNAT...**

1er stage : DIM, à Lariboisière. Les fameux AISP qui m'avaient mené dans la bonne spécialité m'avaient dit que c'était un passage quasi obligé de l'interne, surtout étant donné ce qui m'intéressait. Ça ne m'a pas follement intéressé mais j'ai vu ce que c'était. Il y avait un CDAG rattaché au service et c'était sympa de pouvoir aller y faire des consultations. Ensuite, l'Inpes. J'y ai passé officiellement 6 mois, officieusement un an car je conti-

nuais à mener mon projet pendant le stage suivant au Haut conseil de santé publique. J'avais fait une sorte de partenariat entre les deux institutions pour poursuivre une étude prospective de l'état de santé de la population à horizon 2030 et en déduire les axes de prévention à mettre en œuvre dès 2010. Le HCSP ayant une commission prospective avait tout intérêt à y figurer. Au HCSP j'ai passé un an pour pouvoir mener au bout différents projets : j'ai participé à l'évaluation de la loi de Santé Publique de 2004, mené l'évaluation du programme de lutte contre la tuberculose et participé à l'évaluation du plan « Bien vieillir ». Après avoir rencontré tant de MISP à l'INPES et au HCSP, et bien en peine pour trouver un stage qui m'intéressait, j'ai décidé d'aller suivre la formation des MISP à Rennes en me disant que ça permettrait de passer le concours après. Assez déçu des enseignements de l'EHESP j'étais très content d'être en stage à l'ARS Bretagne surtout au moment où les ARS se constituaient. Là-bas, j'ai travaillé sur l'anticipation des besoins en ressource médicale dans le cadre des SROS-PRS. Planification, projections, politiques publiques, j'étais dans mon élément. J'ai passé ma dernière année d'internat dans l'unité INSERM U707, équipe ERES de Pierre Chauvin qui m'a appris l'épidémiologie sociale. A l'inserm j'ai évalué et comparé des scores individuels destinés à mesurer la précarité sociale.



*Ce qui est agréable au ministère est que toutes les initiatives personnelles sont encouragées [...] et que les dossiers ont tout de suite une portée nationale.*

(...)

*Ton chef d'aujourd'hui peut devenir ton collègue de demain.*

(...)

*La gestion de projet. Pendant tout l'internat je me suis dit que ça manquait à notre bagage.*





*Grâce au CLISP et à l'engagement de certains, la formation tend à se standardiser et se structurer de plus en plus*

(...)

*La santé publique est encore embryonnaire en France. C'est dommage parce qu'on essuie encore les plâtres mais c'est aussi plein d'opportunités. Tout est à faire.*



## **LS : QUELS ONT ÉTÉ LES MASTERS/FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES QUE TU AS SUIVIS ? QUE T'ONT-ILS APPORTÉ ?**

Plein, j'aime apprendre des choses différentes et je suis persuadé que l'internat de santé publique est très bien fait pour cela. Il permet aux curieux d'expérimenter pleins de choses différentes avant de se lancer. Je ne dis pas que c'est fini après, mais pendant l'internat on est payé pour ça ! Pour répondre à ta question j'ai donc suivi le master 1 de santé publique de Paris 11, quasi obligatoire pour tout interne parisien. J'ai ensuite fait un master qui s'appelait « analyse et management des établissements de santé » EHESP, Paris 7, école du Val de Grâce. C'était toujours dans l'idée de devenir directeur d'hôpital. Super cadre, bon réseau. L'année d'après j'étais à Rennes pour la formation des MISP, j'ai essayé de suivre un master mais cela m'a été refusé car ils pensaient que je n'aurais pas le temps compte tenu de l'emploi du temps de formation des MISP. Je croyais que c'était une blague mais ils le pensaient vraiment. Rentré à Paris j'ai suivi un master qui s'appelle « gestion d'un projet humanitaire » à l'Institut des relations internationales et stratégiques (IRIS) en collaboration avec l'institut Bioforce. Cet organisme m'a permis d'aller étudier la logistique de santé au Burkina Faso pendant mes congés d'été et de comprendre pourquoi 1 vaccin acheté ce n'est pas une vie sauvée.

## **LS : QUE RETIENS-TU DE CES 4 ANNÉES ?**

Des travaux qui menés jusqu'au bout donnent des références et justifient des compétences. Un travail mené en stage donne de la valeur, c'est comme un emploi qu'on aurait quitté rapidement. Les 4 années m'ont aussi donné un réseau évidemment. Et puis des amis, avec qui j'ai plaisir à travailler. Ton chef d'aujourd'hui peut devenir ton collègue de demain.

## **LS : QU'AURAI-TU AIMÉ APPRENDRE OU APPROFONDIR PLUS AU COURS DE TES ANNÉES D'INTERNAT ?**

La gestion de projet. Pendant tout l'internat je me suis dit que ça manquait à notre bagage. C'est quand même dommage de faire autant de formations et de se rendre compte en sortant qu'il manque une des principales.

## **LS : QUELLES SONT LES COMPÉTENCES LES PLUS IMPORTANTES À ACQUÉRIR D'APRÈS TOI PENDANT L'INTERNAT ?**

La première phase de l'internat de santé publique consiste à se trouver, se forger une identité. On ne fait plus (ou presque) de clinique donc on s'éloigne des standards du médecin, de la vision qu'en ont notre famille et nos amis. En même temps, nous découvrons autre chose de très divers et nous devons trouver ce qui nous plaît. C'est perturbant. Ensuite, on se rend compte qu'on voudrait faire

plein de choses mais on se dit (et on nous dit) que notre parcours doit être cohérent. C'est complètement faux. Pour la petite histoire un membre du jury m'a demandé le jour de ma soutenance de DES si je comptais trouver un boulot étant donné l'incohérence de mon parcours... A moins d'être sûr de ne vouloir exercer que dans un domaine très précis, il ne faut pas écouter ces gens enferrés dans leur domaine depuis des décennies. Pour moi, trouver sa place en santé publique en France est déjà une sacrée compétence.

### **LS : QU'ENVISAGES-TU POUR LA SUITE DE TA CARRIÈRE ?**

Plein de choses. Je suis jeune, dynamique et j'espère que ma vie sera longue.

### **LS : POURRAIS-TU NOUS PARLER DE TA RÉMUNÉRATION ?**

Sans problème. J'encourage les gens autour de moi à en parler car ça ne retire rien à personne d'en parler et ça permet à tout le monde de mieux savoir combien il vaut quand il s'agit de négocier son salaire, surtout en sortant de l'internat. Je n'ai pas fait de garde pendant mon internat donc traitement de base d'un interne. J'ai peu anticipé la fin donc j'ai pioché dans la réserve pendant que les boîtes prenaient leur temps pour étudier mon CV ou me faire passer des séries d'entretiens...J'ai été embauché en CDD de 2 ans à la DGOS à 3200€ net, je suis parti au

bout de 2 ans payé 3400€ net. J'ai refusé le CDI proposé à la HAS qui était à ce même niveau de salaire pour des fonctions complètement différentes puisque j'encadre des gens, que je travaille deux fois plus loin de mon domicile, dans une autre organisation et un autre domaine...au final j'ai donc toujours un CDD mais de 3 ans et je gagne 20% de plus qu'avant.

### **LS : ET LA VIE À CÔTÉ ?**

Un fils de 2 ans, un autre bébé à venir à la fin de l'année, une maison en cours d'achat...des projets plein la tête. Pendant mes études j'ai pas mal mis le sport entre parenthèse. Ça fait 2 ans (oui, depuis la couvade) que je m'y remets gentiment. Je pense qu'il est temps de passer aux choses plus sérieuses.

### **LS : QUELS CONSEILS DONNERAIS-TU À UN INTERNE QUI DÉBUTE OU QUI FINIT ?**

Préparer la sortie s'il ne veut pas faire comme moi : rien pendant 3 mois... Pour info aux lecteurs, les internes ne cotisent pas au chômage, pas la peine d'aller pointer.

### **LS : SELON TOI, QUELS SONT LES ENJEUX FUTURS POUR LA SANTÉ PUBLIQUE EN FRANCE (ET AILLEURS) ET DONC POUR LES ISP QUI SERONT EN POSTE ?**

Fédérer les médecins de santé publique. Grâce au CLISP et à l'engagement de certains, la formation tend à se standardiser et

se structurer de plus en plus, c'est très bien. Mais après, on est tout seul, et ça c'est dommage. Nous sommes une force, mais une force dispersée, invisible et du coup on ne pèse pas grand-chose dans un monde qui ne nous connaît pas et où il faut sans arrêt justifier ses compétences et son apport. A mon avis il faut monter une société française des médecins de santé publique.

**LS : UN DERNIER MESSAGE À TRANSMETTRE AUX LECTEURS DU BULLETIN EN TANT QUE « JEUNE PROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE » ET « ANCIEN INTERNE DE SANTÉ PUBLIQUE » ?**

La santé publique est encore embryonnaire en France. C'est dommage parce qu'on essuie encore les plâtres mais c'est aussi plein d'opportunités. Tout est à faire.

Propos recueillis par Laetitia Satilmis, ISP à Lyon.



# MOT DE L'ÉQUIPE FRANÇAISE 2015

Nous arrivons déjà vers la fin de l'année !

L'année 2015 fut riche en nouveautés pour le réseau EuroNet MRPH.

Nous avons « physiquement » accueilli les deux nouveaux membres du réseau, l'Irlande et la Croatie au meeting de Paris (juillet) et avons enclenché les démarches d'adhésion du Pays-Bas. Notre projet de plateforme de mutualisation des projets et des stages à l'échelle européenne bat son plein avec des promesses de financements rendues possibles par Hélène, notre « fundraiser » officiel.

Après la table ronde EuroNet et le meeting de Paris organisés suite aux Journées du CliSP au mois de juillet, la deuxième moitié de l'année sera marquée par une succession d'évènements nationaux et européens. Pour commencer, EuroNet MRPH a pu participer à la conférence annuelle d'EPHA et à son assemblée générale, dont nous vous relatons l'expérience dans ce bulletin. Par la suite nous participerons au Global Health Fair en collaboration avec le CliSP, organisé en parallèle au ParisWHO, une simulation d'assemblée générale de l'OMS (25 – 27 septembre, Paris, <http://pariswho.org/>). Nous participerons également à la 8ème conférence de EUPHA (14 – 17 octobre, Milan, <http://ephconference.eu/>) où un workshop sur l'analyse critique des résultats scientifiques sera animé par des membres de EuroNet MRPH, EUPHANxt et Young Forum Gastein.

Enfin, avis aux intéressés, une « assemblée générale » EuroNet MRPH aura lieu du 20 au 21 novembre à Barcelone pour clôturer cette année riche en projets et en collaborations.

Notez que nous cherchons de nouveaux membres pour continuer l'aventure l'année prochaine donc n'hésitez pas à nous contacter pour plus d'informations !

Bonne rentrée à tous !

Pour EuroNet MRPH France,  
Yujin Jung, ISP à Lille,  
Anca Vasiliu, ISP à Rouen <sup>1</sup>

## L'équipe EuroNet-MRPH France 2015 <sup>1</sup>

Anca Vasiliu – Rouen

Yujin Jung – Lille

Myrtille Prouté – Paris

Marine Jean-Baptiste – Paris

Hélène Rossinot – Paris

Pierrick Adam – Paris

<sup>1</sup> Adresse du SIHP : 8 rue des Fossés Saint-Marcel 75005 Paris (Métro : Saint-Marcel, Les Gobelins, Censier-Daubenton)

Suivez-nous Facebook (EuroNet-MRPH), sur Twitter (@EuroNetMRPH) sur LinkedIn (groupe EuroNet-MRPH) et consultez notre site internet [www.EuroNetmrph.org](http://www.EuroNetmrph.org)

Vous pouvez aussi contacter l'équipe française : [EuroNetmrphfrance@gmail.com](mailto:EuroNetmrphfrance@gmail.com)

## LES NEWS DU RÉSEAU – LE MEETING EPHA DE BRUXELLES, 2 ET 3 SEPT. 2015



EuroNet MRPB a intégré le réseau EPHA (European Public Health Alliance) il y a un an.

Pour rappel, EPHA est un réseau d'associations œuvrant pour la santé publique au sein de l'Union Européenne et compte parmi ses nombreux membres des associations comme Médecins du Monde et IFMSA ainsi que Eurocare (European Alcohol Policy Alliance) ou SFP (Smoke Free Partnership), travaillant sur des thématiques

variées et provenant de la société civile. Sa vocation est de faire entendre la voix de la santé publique auprès de la Commission Européenne afin que la santé des individus soit prise en compte au cours de l'élaboration des politiques de l'Union Européenne.

Nous avons pu assister, en tant que représentants d'une association membre, à la 6ème conférence annuelle de l'EPHA ayant eu lieu du 2 au 3 septembre au centre de presse international de Bruxelles. Les intervenants provenant d'un panel de professions (juristes, professionnels de santé, chercheurs, enseignants, politiques, ...) et d'appartenances diverses (associations, gouvernement, institution national/européenne, industrie) nous ont captivés en nous dressant

un état des lieux des politiques (de santé) menées par l'Union Européenne.

Étant novices dans le domaine des politiques de santé, qui plus est des politiques de santé européennes, Anca et moi-même devions nous accrocher pour pouvoir suivre la cadence des interventions.

Nous avons tout de même pu retenir les dix messages clés destinés à tout professionnel de santé publique résumés par Martin Seychell, directeur général adjoint de la DG Santé de la Commission Européenne pour clôturer la conférence, que nous souhaiterions partager avec les lecteurs du bulletin du CliSP :



1. L'engagement politique
2. L'importance des outils de mesure et d'évaluation des politiques de santé
3. L'importance de connaître les politiques en général même si elles ne relèvent pas forcément du domaine de la santé
4. Élaborer des politiques acceptables pour les états-membre et leurs citoyens
5. Favoriser la coopération entre différentes structures
6. Se familiariser avec les sources de financement

7. Evaluation de l'impact sur la santé
8. L'avantage de la multidisciplinarité/  
pluriprofessionnalisme
9. L'importance de la communication à d'autres secteurs
10. Accepter les limites lorsqu'il le faut

La conférence a été suivie d'une assemblée générale le vendredi 4 septembre, une occasion en or pour découvrir les nombreuses associations de professionnels de santé publique « seniors » et

échanger avec les salariés du réseau.

Yujin Jung, ISP à Lille

Pour en savoir plus sur EPHA nous vous invitons à aller voir :

<http://www.eph.org>











## Bureau du CliSP

**François Krabansky**

*Président*

[krabansky.f@gmail.com](mailto:krabansky.f@gmail.com)

**Marie Moitry**

*Vice-Présidente*

[marie.moitry@gmail.com](mailto:marie.moitry@gmail.com)

**Maud Giacopelli**

*Secrétaire Générale*

[mdgiacopelli@gmail.com](mailto:mdgiacopelli@gmail.com)

**Luc Haudebourg**

*Trésorier*

[luc.haudebourg@gmail.com](mailto:luc.haudebourg@gmail.com)

**Laetitia Satilmis**

*Chargée de la Communication*

[laetitia.satilmis@gmail.com](mailto:laetitia.satilmis@gmail.com)

**Alexandre Fauconnier**

*Rédacteur en chef du Bulletin*

[alexandre.fauconnier@gmail.com](mailto:alexandre.fauconnier@gmail.com)

**Vincent-Dozhwal Bagot**

*Administrateur Web*

[vincentbagot@gmail.com](mailto:vincentbagot@gmail.com)

**Adrien Guilloteau**

*Responsable éditorial web*

[guilloteau.adrien@free.fr](mailto:guilloteau.adrien@free.fr)

**Yujin Jung**

*Chargée de liaison avec Euronet-MRPH*

[jung.yujin.lille@gmail.com](mailto:jung.yujin.lille@gmail.com)

**Florence Francis**

*Chargée de liaison avec les AISP*

[florence.francis@live.fr](mailto:florence.francis@live.fr)

## Collège du CliSP 2015-2016

### Ile-de-France

**Alexandre Descamps**

[descamps.alexandre@orange.fr](mailto:descamps.alexandre@orange.fr)

**Clémence Grave**

[grave.clemence@gmail.com](mailto:grave.clemence@gmail.com)

### Nord-Est

**Jérôme de Launay**

[jerome\\_delaunay@yahoo.fr](mailto:jerome_delaunay@yahoo.fr)

**Aurélien Provoost**

[aurelien.provoost@etu.univ-lille2.fr](mailto:aurelien.provoost@etu.univ-lille2.fr)

### Nord-Ouest

**Adrien Ghenassia**

[adrienghenassia@gmail.com](mailto:adrienghenassia@gmail.com)

**Alexandre Vallée**

[vallee\\_alex@yahoo.fr](mailto:vallee_alex@yahoo.fr)

### Ouest

**Marie Coulée**

[marie.coulee@gmail.com](mailto:marie.coulee@gmail.com)

**Sophie Robin**

[sophie.robin@etu.univ-tours.fr](mailto:sophie.robin@etu.univ-tours.fr)

### Rhône-Alpes et Auvergne

**Tristan Dagonneau**

[tdagonneau@gmail.com](mailto:tdagonneau@gmail.com)

**Oliver Gaget**

[gage@singularity.fr](mailto:gage@singularity.fr)

### Sud

**Karolina Griffiths**

[karolinagriffiths@hotmail.com](mailto:karolinagriffiths@hotmail.com)

**Coralie Lemoine**

[coralie-lemoine@orange.fr](mailto:coralie-lemoine@orange.fr)

### Sud-Ouest

**Vincent Deroissart**

[vincentderoissart@yahoo.fr](mailto:vincentderoissart@yahoo.fr)

**Guilhem Tournaire**

[guilhem.tournaire@yahoo.com](mailto:guilhem.tournaire@yahoo.com)

# CliSP

15, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris

[www.clisp.fr](http://www.clisp.fr) - [contact@clisp.fr](mailto:contact@clisp.fr)

**CliSP - Bulletin n°28 - Octobre 2015**

Rédacteur en chef : Alexandre Fauconnier

Conception et réalisation : Philippe Enderlin <[www.enderlinphilippe.fr](http://www.enderlinphilippe.fr)>

Crédit photo couverture : shutterstock © aurielaki