

Juin 2019

BULLETIN NUMÉRO 39



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE



SOMMAIRE

- P03 - Éditorial de la Présidente
- P05 - Grand entretien
- P09 - Dossier CLISPro
- P13 - Cette année au CLISP
- P16 - Expérience d'AI SP
- P18 - Lectures
- P20 - Actualités européennes

ÉDITORIAL DE LA PRÉSIDENTE

Nous voici arrivés, après le SANI et le SANFI, à l'orée de l'événement qui clôture cette année, le CLiSPro.

Pour vous concocter ce séminaire fait sur-mesure pour vous, le bureau s'est démené pendant plusieurs mois. Nous avons opté cette année pour une valence formatrice appuyée, en abordant un thème qui nous est apparu comme essentiel dans notre cursus : le management.

LE MANAGEMENT EN SANTE PUBLIQUE

Une majorité d'entre nous seront amenés, au cours de notre carrière, à occuper un poste de chef d'équipe et donc de manager. Au-delà de cela, nous serons tous amenés à un moment ou un autre à diriger un projet, et donc à se retrouver dans la posture du manager sur ledit projet (et ce parfois même dès l'internat).

Or, à aucun moment de notre cursus n'est abordé de notions sur comment manager, quelle posture, comment faire émerger le leadership et la motivation au sein de notre équipe, comment gérer les conflits, comment conduire le changement...

Ces éléments essentiels à une réussite professionnelle en situation de management se doivent d'être appris. En effet, nous évoluons tous plus ou moins sous l'impression que les compétences managériales relèvent de l'inné. Nous avons autour de nous, dans notre vie professionnelle, des exemples de managers qui n'ont suivi aucune formation, et dont le succès est tout relatif, certains s'en sortant bien mieux que d'autres.

Cependant, ces exemples - souvent seuls exemples que nous avons - sont loin de nous exposer à ce qui pourrait être grâce à une formation adéquate. En effet, comme dans tous les domaines, le management s'apprend.

Certains y sont plus doués que d'autre d'emblée, certains doivent travailler plus pour acquérir ces compétences, mais contrairement à ce qu'on pourrait penser, cela s'acquière !

C'est pourquoi nous avons opté cette année pour un CLiSPro apportant les notions de base en management, avec au sortir, pour tout interne le réalisant, l'acquisition concrète de notions et de compétences dans ce domaine. Il sera bien entendu ensuite à la



charge de l'interne qui le souhaite de se former plus à même.

UN MEILLEUR MANAGEMENT POUR UNE MEILLEURE SANTE

Nous avons aussi souhaité profiter de ce thème pour l'articuler avec la question particulièrement d'actualité : le bien-être au travail. Quelle place occupe le manager dans le bien-être de son équipe ? Quelle posture adopter pour favoriser ce bien-être ? Mais aussi comment protéger et favoriser le bien-être du manager, alors qu'il est particulièrement à risque de par sa position « tampon » entre l'administration et son équipe ?

Bien-être au travail et productivité sont particulièrement liés, aus-

si œuvrer à l'acquisition de ces notions ne pourra que favoriser et renforcer le sentiment d'efficacité du médecin de santé publique que nous sommes. Cela améliorera à la fois notre productivité et notre bien-être au travail, induisant ainsi un cercle vertueux.

Finalement, un meilleur management pour une meilleure santé de tous, équipe comme manager, mais aussi, populations dont nous avons la charge en tant que médecins de santé publique.

COMME UN AIR DE CHANGEMENT

Cet événement sera aussi l'occasion, comme chaque année, de réaliser l'assemblée générale ordinaire et d'ainsi renouveler le bureau du CLiSP.

L'heure sera alors au bilan de l'année écoulée, année riche en émotions, actions et événements. Un article dans ce même bulletin est d'ailleurs consacré aux temps forts de ce mandat, rédigé par Louise Bourdel notre vice-secrétaire chargée des affaires nationales.

Je profite de cet éditorial, dernier que je rédigerais en tant que présidente du CLiSP, pour remercier l'ensemble des internes avec qui j'ai eu la chance de collaborer au cours de cette année.

Merci aux nouveaux internes que j'ai eu l'occasion de rencontrer lors du SANI, votre motivation et

enthousiasme sont toujours rafraîchissants et contagieux !

Merci aux internes qui nous ont sollicités au cours de cette année pour des questions et projets individuels ou collectifs, vous nous rappelez que le médecin de santé publique est créatif et ingénieux.

Merci au collège de représentants de subdivisions, vous être le cœur du CLiSP et sans vous rien ne serait réalisable. Aussi je tiens particulièrement à remercier ceux qui ont été présents de manière récurrente aux réunions du CLiSP et aux événements. Il n'est pas toujours évident de sacrifier son temps personnel pour le collectif et vous avoir autour de la table nous redonne à chaque fois un peu plus de motivation.

Merci au bureau du CLiSP qui s'est démené tout au long de cette année pour faire avancer les projets divers, répondre aux multiples défis, et pour faire vivre cette association au quotidien. Vous êtes la force du CLiSP et ça a été à la fois un plaisir et un honneur pour moi de travailler à vos côtés.

Merci aussi aux « anciens », internes en fin de cursus ou jeunes AISP qui m'ont aidé, conseillé et apporté leur expérience, sur les sujets les plus épineux. Je tiens particulièrement à en remercier deux d'entre eux, Simon Vergnaud, qui malgré sa fin d'internat mouvementée a su systématiquement trouver le temps de répondre

à mes sollicitations. Et Sylvain Gautier, qui a été présent à mes côtés tout au long de cette année, malgré son emploi du temps de ministre lui imposant un rythme quelque peu démentiel.

Enfin, je tiens à remercier deux personnes qui sont chères à mon cœur et qui ont permis que cette année soit l'aventure qu'elle a été, grâce à un soutien indéfectible et de longues heures de travail quotidiennes. Tout d'abord Cécile Longchamps, secrétaire générale du CLiSP. Quelqu'un de sage m'a dit un jour, « le secrétaire général est l'âme de l'association ». Et je pense que tout le monde s'accordera à dire que cela s'est vérifié chaque jour de cette année. Enfin Jalal Charron, vice-président du CLiSP. Malgré une prise de poste dans des conditions peu idéales, il a su trouver rapidement sa place au sein de l'équipe, et s'est avéré être un excellent vice-président, à la fois toujours soutenant et de bon conseil, mais aussi autonome et d'une efficacité redoutable. Je ne peux que souhaiter au prochain bureau d'avoir des éléments aussi motivés et efficaces.

Il ne me reste plus qu'à vous souhaiter à tous un excellent CLiSP, dans la convivialité de l'été débutant !

Sara CORBIN
présidente du CLiSP 2018-2019

INTERVIEW DU DR CLAIRE GEORGES

Rhumatologue de formation, Claire Georges est responsable de la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) de l'hôpital Saint-Louis et préside l'association Collectif PASS. Elle a codirigé Soigner l'humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût (Presses de l'EHESP, 2015, voir fiche de lecture).

Les PASS sont des dispositifs d'accès aux soins pour les plus démunis situés dans les établissements publics de santé. C'est la loi contre les exclusions de 1998 qui a permis leur mise en place. Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des structures majoritairement hospitalières qui assurent un accueil médico-social des patients en situation de précarité, dont une partie importante est constituée d'immigrés récemment arrivés en France¹. La France compte aujourd'hui environ 480 PASS pour un budget global de 60 millions d'euros.

Claire Georges a accepté de nous livrer sa réflexion sur le modèle des PASS dans le système de santé en France :

¹ Etude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016, Florence Tapié de Céleyran et al. BEH 19-20, septembre 2017

LA PASS : LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS COMPLEXES

Dans les PASS, nous sommes des militants du service public. C'est une militance à part. Nous traitons les questions de migration sur des sujets qui, hélas, ne sont traités que de façon polarisée. Notre position est de partir de ce que l'on voit sur le terrain et d'en tirer des propositions. Pour toutes les PASS, à la différence des organisations non gouvernementales, nous « sommes dans l'institution » (hospitalière). C'est une différence fondamentale. Nous amenons à la fois un regard différenciant car nous ne sommes pas comme le « reste » de l'hôpital (non pas dans une logique hyperspécialisée et de tarification à l'activité (T2A)) mais nous sommes en même temps « encastrés » dans l'hôpital donc contraints par la logique institutionnelle. Nous défendons la dimension d'accès aux soins pour tous, de qualité tout en s'inscrivant dans des réalités de disponibilités économiques et financières. Nous devons aussi accepter ces règles. Ce qui fait que notre vision est plus pragmatique et notamment vis-à-vis de la vision financière. Nous sommes conscients des réalités d'un système « au bord de l'explosion » selon l'ordre des médecins et « à bout de souffle » selon la



ministre de la santé et des solidarités, la Dr Agnès Buzyn. Donc nous nous adaptons en développant l'ambulatoire selon la stratégie récente de transformation du système de santé. Globalement, si nous pouvons être traités en ambulatoire, c'est bénéfique pour tout le monde. Notre proposition est de dire que notre pratique, qui pourrait apparaître spécifique auprès des personnes les plus vulnérables, serait bénéfique pour tout le monde. Ici, nous l'appliquons dans les cas les plus complexes finalement. Cela nous confronte aux difficultés du système de santé. Notre question est de savoir comment le système doit s'adapter à la complexité des situations.

UN « MICROMODÈLE » D'UN SYSTÈME DE SANTÉ

En PASS, nous sommes obligés d'intégrer la pertinence médico-économique dans la pratique. Et là, nous retrouvons encore la nouvelle stratégie de transformation du système de santé. Ce budget contraint nous amène à réfléchir dans chaque situation à la juste utilisation des moyens. Nous avons un modèle concret. C'est un « micromodèle » du système de santé. Nous sommes dans cette perspective de la durabilité du système finalement. Et cette réflexion s'avère bénéfique pour les patients. L'hôpital est aujourd'hui de plus en plus dans une logique inflationniste avec plus de technique plus d'innovation et plus de financement.

Il y a différents modèles de PASS. Les PASS sont issues de la loi de lutte contre l'exclusion en 1998, qui avait pour objectif de favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité. 20 ans après les PASS ont évolué notamment par le type de publics. Donc, ce modèle doit s'adapter. Notre question est de savoir de quelle manière ce système peut être élargi à d'autres populations ? C'est un système de seuil. En réalité, le système est complexe pour tout le monde. A Saint Louis, il y a 7 services d'hématologie par exemple. Donc nous avons besoin d'espaces qui sont des « unités de pratiques intégrées » selon l'expression de Michael Porter²

² <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>

dans la stratégie qui va réparer le système de santé. C'est pour cela qu'il nous semble que ce modèle de la PASS est une unité de lieu et surtout pluriprofessionnel. Dans un même lieu, il y a des médecins polyvalents, infirmier, psychologues, secrétaire et assistants sociaux. Cela permet d'avoir une approche globale des situations dans un même temps. Ici, c'est au plus tôt et tous ensemble. Finalement, pour tout un chacun on a envie de se demander comment on se réunit tous ensemble pour savoir quel est le parcours adéquat. Il y a cette idée de « GPS sanitaire » de Didier Tabuteau : les PASS sont comme un GPS sanitaire, c'est comme une plaque tournante. C'est un modèle qui gagnerait à être utilisé pour tout un chacun pour éviter d'agir dans l'urgence ou encore d'attendre des mois pour un rendez-vous médical. Donc, ce modèle pourrait être déployé dans d'autres situations. Finalement, le modèle de la PASS est effectivement proche des maisons de santé pluri-professionnelle en ville. La différence est la localisation hospitalière et la notion de seuil (ici, en PASS, le « haut seuil »). A l'hôpital, on est dans du plus haut seuil.

Mais la PASS aussi est une interface ville-hôpital. D'ailleurs, très souvent des médecins de ville viennent travailler à la PASS. Ici (PASS Saint Louis) nous avons environ huit médecins qui travaillent en ville et viennent une ou deux vacations par semaine. Cela nous permet aussi de faire une coordination des parcours, soit

dans le sens ville-hôpital dans le cas d'une décompensation ou d'un besoin hospitalier soit dans le sens hôpital-ville dans le cadre d'un suivi en ville par exemple. En PASS, les patients sont suivis un temps donné, le temps nécessaire. Avec l'idée que dès qu'une réorientation est possible, elle est réalisée. Par exemple, le lien avec les médecins « de ville » qui travaillent ici peut être très utile. Et il peut être un moyen de réduire les durées d'hospitalisation avec un suivi pré et post hospitalisation. En amont de l'hospitalisation, il y a aussi la nécessité de prendre les avis nécessaires, faire des examens et d'hospitaliser justement.

Enfin, les PASS prônent une médecine personnalisée et globale où le patient est acteur de ses soins. Il faut d'autant plus favoriser l'autonomie que les patients sont en situation de grande vulnérabilité, par exemple en faisant appel à des interprètes professionnels pour comprendre leurs demandes. C'est ainsi que la relation de soin pourra s'engager sur une base de confiance et de respect mutuel, en évitant de plaquer une vision exclusivement biomédicale, des pré-supposés voire une approche paternaliste.

LA CRÉATION DU COLLECTIF PASS

Au départ des PASS, il y a les premières « consultations précarité » en 1992 à Saint Antoine puis en 1993 à Saint Louis. A l'origine, c'était pour permettre l'accès

aux soins à des sans domicile fixe qui n'avaient pas de couverture sociale. Ils obtenaient des « bons » et pouvaient aller consulter. Finalement, les besoins ont perduré et le public a évolué. Il est différent selon les territoires. Dans les grandes villes, c'est un public majoritairement de migrants primo arrivants alors que dans les territoires ruraux il y aura plus des travailleurs pauvres et agriculteurs.

Pour ma part, je suis arrivée dans la PASS aux alentours des années 2000. Dans les PASS, selon moi, ce qui est intéressant c'est la diversité alors que dans l'hôpital finalement nous sommes dans un milieu de professionnels hyperspécialisés, l'intérêt des PASS est aussi d'amener la diversité et notamment en termes de profils des professionnels. Par exemple, les profils de directeurs de PASS peuvent être très différents, et parfois ils ont aussi une « double casquette ». Personnellement, je suis ancienne interne des hôpitaux de Paris et ancienne chef de clinique en rhumatologie.

Ici, nous sommes dans des connaissances très larges. Ce n'est jamais la même situation. C'est une pratique extrêmement variée et médicalement passionnante. Ce modèle nous permet d'interroger la médecine : Est-ce qu'elle va s'orienter vers une pratique de plus en plus spécialisée et technicisée ? Notre idée est d'envisager les possibilités techniques dans le questionnement du meilleur intérêt du patient pour une vision globale.

UNE ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ET SOUDÉE

En PASS, nous parlons aussi du travail en équipe. Ce qui est le plus efficace pour nous est le travail en équipe devant la complexité des situations. Le fait d'être à plusieurs nous permet de débriefer et d'être soutenus. C'est comme des supervisions qui se font de manière informelle. Cela est d'ailleurs très rassurant pour les patients. Et cette équipe accueillante et à l'écoute est en soi thérapeutique pour le patient. Finalement cette approche intégrative est très performante au sens de l'efficacité du soin. Nous mettons donc les grands cadres d'un soin efficace. Et, d'après notre expérience, cela fonctionne. C'est l'exemple de la prise de psychotropes face aux insomnies fréquentes des patients. Nous cherchons ensemble à rompre le cercle vicieux. Et nous arrivons à remettre le patient dans une autonomie pour accéder au mieux à la santé. Cette dimension intégrative du soin est fascinante alors même que nous vivons tous la difficulté des situations.

Malheureusement nous n'avons pas les moyens aujourd'hui de plus « montrer » le phénomène des PASS. Nous sommes pris par l'immédiateté de soigner et nous manquons de temps pour observer, publier et avoir éventuellement une activité de plaidoyer. Nous ne sommes pas du tout habitués, au sein de l'hôpital, à une activité de lobbying finalement. Ce point est important car nous faisons une réelle activité de terrain mais

nous manquons de temps et de moyens pour partager toutes nos observations.

EN CONCLUSION

Pour moi, il est indispensable d'amener cette diversité dans l'hôpital alors que l'hôpital est plutôt dans une logique de développement de la médecine de pointe, d'excellence et d'hyperspécialisation. Dans ce contexte, les PASS avec des médecins très différents, sans professeur par exemple (PU-PH), ne sont pas dans les instances décideuses. Cela est difficile à gérer d'autant que les vacations sont moins bien payées et que nous avons des difficultés à créer des postes sur des financements en MIGAC. Il n'y a pas d'incitation à développer l'activité des PASS. Voilà pourquoi structurellement, c'est difficile. Quand je suis devenue responsable en 2006, à Saint Louis, nous avons continué à avoir des difficultés avec des décideurs qui ont pu réorienter les moyens vers d'autres activités. Donc il fallait développer cette activité de lobbying pour continuer. De là est née l'idée qu'en se réunissant nous arriverions à résoudre les difficultés locales. Nous avons créé le collectif PASS. Pour que cela fonctionne bien il faut la partie médicale, l'offre sociale et une direction soutenant. Et si l'on n'a pas ce trépied c'est extrêmement difficile. Et on voit cela partout sur le territoire. Ça a été l'idée du collectif, sur un mode de sociétés savantes. Nous défendons une médecine de qualité, globale

qui prend le temps de l'articulation entre le cure et le care, dans une frugalité durable. C'est vraiment valoriser l'humain dans le soin.

Aujourd'hui nous avons un peu l'impression que nous pouvons investir sur les machines et faire des économies sur l'humain sans envisager que les deux font partie du bon soin. L'humain c'est aussi la richesse du soin. C'est aussi un plaidoyer de l'humain contrairement au contexte actuel de plus en plus sous pression et avec moins de moyens qui finalement ne fonctionne plus. Il nous faut revenir à

quelque chose de plus bénéfique pour tout le monde. Notre envie est de dire : Regardez on peut faire un modèle qui coûte pas cher et qui fonctionne très bien autant pour les patients, les professionnels et la collectivité.

POUR ALLER PLUS LOIN :

- Soigner (l') humain : Manifeste pour un juste soin au juste coût, Claires Georges-Tarragano, Presses de l'EHESP, 2015 > **Voir la fiche de lecture du Bulletin**

- Traité d'économie et de gestion de la santé, D. Tabuteau, G. de Pourville, PL. Bras, Sciences Po. Les Presses, 2009
- Etude nationale sur les caractéristiques des personnes migrantes consultant dans les permanences d'accès aux soins de santé en France en 2016, Florence Tapié de Céleyran et al. BEH 19-20, septembre 2017

Propos recueillis par Camille Rolland, ISP à Paris



Marc Peyret est un psychologue social qui travaille pour une société de formation continue (Excellens). Il intervient notamment à l'École de management pour les médecins des hôpitaux de l'APHP et connaît très bien le monde hospitalier et ses problématiques. Outre les techniques de management, il s'intéresse aux risques psychosociaux

BONJOUR M. PEYRET, ET MERCI D'AVOIR ACCEPTÉ DE PARTICIPER À CETTE INTERVIEW POUR LE BULLETIN DU CLISP. TOUT D'ABORD, POUVEZ-VOUS VOUS PRÉSENTER À NOS LECTEURS, VOUS ET VOTRE PARCOURS, SVP ?

Bonjour à vous. En quelques mots, à l'origine je viens de la fonction publique, je n'ai pas exercé tout de suite le métier que j'ai aujourd'hui. En effet, c'est vers la trentaine que, poussé par l'envie de mieux comprendre un certain nombre de comportements et de la volonté de me doter d'outils qui vont au delà du simple sens commun que j'ai pris la décision de reprendre les études, et suis devenu par la suite psychologue social.

VOUS ÊTES PSYCHOLOGUE SOCIAL, EN QUOI CELA CONSISTE-T-IL ?

Pour répondre à cette question, j'ai l'habitude de définir ce qu'est la psychologie: il s'agit avant tout d'une science probabiliste ou l'on essaie, à l'aide d'une démarche scientifique, d'expliquer les comportements des individus. Le psychologue social est un créateur de sens, qui use pour cela de références théoriques issues de sa discipline. Quand à cette dernière, elle essaie à la fois de décrire, d'expliquer et de prédire des phénomènes avec une méthodologie scientifique, similaire à celle que l'on retrouve dans la recherche.

Le psychologue social intervient sur le comportement. Il faut préciser que lorsque l'on parle de comportement, on ne fait pas seulement référence aux actions, les pensées et les émotions sont aussi à prendre en compte. Le psychologue social apporte un éclairage sur les relations interpersonnelles, sur les différentes formes d'influence, de pouvoir, d'autorité, sur le collectif (groupes, équipes), mais également sur le champ des représentations. En somme, il intervient sur le fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental d'un individu dans son



environnement, qu'il soit privé ou professionnel.

Je fais de la formation professionnelle, du coaching du conseil et de la thérapie et dans ses domaines, ma formation professionnelle m'aide à proposer une grille de lecture, un paradigme qui va permettre de comprendre des situations problématiques pour obtenir un changement, car, que l'on soit dans le champ de la thérapie, du développement ou de l'organisation, nous sommes toujours dans une problématique qui consiste à observer une situation insatisfaisante et à conduire vers à une situation souhaitée, plus satisfaisante. C'est accompagner le changement.

VOUS CONNAISSEZ LE MONDE HOSPITALIER POUR, NOTAMMENT, INTERVENIR AUPRÈS DES MÉDECINS DES HÔPITAUX DE L'AP-HP. COMMENT JUGEZ-VOUS LEURS QUALITÉS EN MANAGEMENT À LEUR ARRIVÉE DANS LA FORMATION ?

Les premiers mots qui me viennent à l'esprit sont: très hétérogènes. Les qualités de manager des médecins en début de formation sont très dépendantes de leur ancienneté. Cela s'explique car pour eux, il s'agit d'une compétence empirique: ils l'apprennent sur le terrain. Elle leur vient de l'observation de leurs pairs, de leurs mentors, ce qui fait que l'on retrouve chez eux une transmission de pratiques, qu'elles soient bonnes ou mauvaises. De fait les médecins-managers ont tendance à reproduire les caractéristiques des séniors sur lesquels ils se sont appuyés comme exemple.

Après, comme autres caractéristiques, je les trouve, à l'entrée en formation, très avides d'apprendre, très gourmands en matière d'outils managériaux. Ils présentent aussi une réelle volonté de bien faire de même qu'une grande humanité. Ils ont conscience que, dans le management, ils traitent avec de l'humain.. Ils présentent également une vraie ouverture intellectuelle, y compris vers les sciences dites "molles". Et, enfin, ils ont une réelle capacité à se remettre en question. Dans mes formations, après un premier temps où les participants s'observent, sont dans la

retenue, on les voit au final s'ouvrir sur leurs expériences, les difficultés du quotidien et cela devient alors très intéressant.

QUELLES SONT LES QUALITÉS QU'UN BON MANAGER DOIT POSSÉDER ET QUELLES SONT CELLES QUE VOUS RENCONTREZ LE PLUS SOUVENT CHEZ LES MÉDECINS ?

La première est l'ouverture d'esprit, c'est à dire d'accepter un autre point de vue que le sien. Le rôle d'un manager c'est de gérer les problèmes et donc les conflits, les oppositions. A cela, il faut ajouter la patience. Le management s'inscrit dans la durée, le résultat ne sera pas immédiat. On pourrait comparer cela avec l'idée d'aller planter une graine dans le sol.

In fine, la graine va germer pour donner un arbre, mais il faudra être patient pour arriver au résultat final.

Comme autre qualité, je dirais qu'il faut faire preuve d'une souplesse ferme. Cela peut paraître paradoxal, mais pour bien comprendre, il faut avoir des convictions, de vraies convictions sur lesquelles on ne va pas transiger, tout en restant souple sur la manière d'y arriver, de pouvoir adapter le rythme et les méthodes qui vont permettre de parvenir au résultat désiré. Le manager doit identifier très vite ce qui est négociable de ce qui ne l'est pas. Il doit décider et être ferme dans ses décisions, mais souple avant de prendre celles-ci. Ce qui passe par un temps d'échange au

préalable, et d'user de pédagogie par la suite pour expliquer sa décision. En somme, il faut savoir être comme le roseau: capable de plier sans céder. C'est toute la différence entre ferme et dur. Un manager n'a pas à être dur car il pourrait alors être cassant. Par exemple, si vous avez un collaborateur qui arrive en retard, il ne faut pas le recadrer immédiatement, mais d'abord comprendre les raisons de son retard. Celui-ci peut être justifié et tolérable, selon les circonstances. Aussi, dans ce cas, il se peut qu'à titre dérogatoire, on puisse accepter le comportement de ce collaborateur pour une période donnée, mais sans oublier la finalité, à savoir de faire en sorte qu'au bout du compte il puisse redevenir ponctuel.

Une dernière qualité à avoir c'est la maturité. C'est à dire qu'il faut savoir gérer ses émotions, les frustrations et accepter la contradiction. Mais ce ne sont pas des choses que l'on apprend sur les bancs de la faculté. Là bas, on va y parler d'organisation, de comment mener des entretiens... et tout cela est important, mais je crois que les qualités premières sont celles sus-citées, car, c'est à partir de celles là que l'on peut acquérir le reste.

QUELS SONT LES DÉFAUTS/ TRAVERS QU'UN MANAGER DOIT ÉVITER ET PARMIS CEUX-CI, QUELS SONT CEUX QUE VOUS RENCONTREZ LE PLUS SOUVENT CHEZ LES MÉDECINS ?

Déjà, permettez-moi de définir ce que j'entends par défaut, et notamment chez l'humain: il s'agit d'un manque. Chez le médecin, j'observe une volonté d'action. Le médecin est formé au triptyque diagnostic/stratégie/solution. Ce qui lui manque parfois en management c'est un temps de réflexion, de prise de recul, d'analyse, mais aussi d'une vision à long terme. En effet, en management, le problème que l'on constate et prend en charge aujourd'hui ne pourra parfois se régler que dans plusieurs jours, voire semaines.

Un autre défaut (ou manque) du manager est le soutien : il est souvent seul pour faire face à des situations managériales complexes. Certes, le manager doit être autonome par définition, mais pour autant il doit savoir parfois sortir de son isolement : il ne peut pas tout, tout seul.

Enfin, ce que je retrouve parfois aussi c'est un manque de confiance, en soi ou en autrui. Peut-être est-ce dû au caractère très compétitif de la formation? Aussi, je pense qu'une vraie compétence que doivent développer les médecins est la culture du dialogue.

QUELS PROBLÈMES PEUVENT RENCONTRER LE PLUS FRÉQUEMMENT LES MÉDECINS DANS LEUR EXERCICE EN MATIÈRE DE MANAGEMENT ?

La première difficulté qu'ils rencontrent est un manque d'organisation et de moyens mis à leur disposition. Par exemple je vois des services devoir composer avec des infirmiers intérimaires. Or, sur le papier, cela tourne, mais dans la réalité c'est plus compliqué. En effet, l'intérimaire va devoir apprendre comment fonctionne le service, et c'est d'autant plus difficile que parfois on les fait débiter le week-end. Résultat, ce type de pratiques impactent négativement l'organisation d'un service.

Une autre difficulté c'est la double pyramide médicale/paramédicale et un manque de clarté des rôles au sein des pyramides. En effet, le médecin a le pouvoir fonctionnel et à côté le paramédical a le pouvoir hiérarchique sur les autres paramédicaux. Or les deux doivent travailler ensemble tous les jours, en bonne entente. Mais quand le rôle de chacun n'est pas clairement défini, il est difficile d'obtenir une organisation fluide et efficace.

Enfin on peut rajouter le manque de méthodes, d'outils ou de pratiques managériales. Les médecins n'ont pas de stratégie managériale car ils n'ont pas les outils. Et ceux qui suivent la formation me disent souvent après mieux comprendre ses aspects, notamment dans

leurs rapports avec l'administration de l'hôpital.

QUE CONSEILLERIEZ-VOUS AUX JEUNES MÉDECINS/ INTERNES DÉSIREUX D'APPROFONDIR LEURS COMPÉTENCES DANS LE DOMAINE DU MANAGEMENT ?

Je leur dirais tout d'abord de ne pas croire que l'on est fait ou pas pour le management. On ne naît pas manager ou leader, on le devient. La première question que je pose en formation est "voulez-vous être manager?". Car cela demande de l'investissement, en terme de temps et d'effort. Il faut croire en soi et en la valeur ajoutée de ce rôle. Il faut aussi accepter de se former tout au long de la vie: en formation on comprend ce qu'est le management, mais dans la vraie vie on apprend à faire du management. Et puis, Il faut considérer chaque situation comme un exercice de mise en pratique. Et on apprend aussi de ses erreurs. Une chose importante pour progresser est d'apprendre à se remettre en cause.

Comme le disait Socrate "la chute n'est pas un échec, l'échec c'est de rester là où l'on est tombé."

En soi on peut mettre en parallèle l'apprentissage du management aux études de médecine: on apprend la théorie à la faculté, mais la pratique, le métier, lui s'apprend dans les stages, au contact des patients.

Enfin, je dirais qu'il ne faut pas se comparer aux autres. S'inspirer des autres, oui, mais ne pas se comparer. La seule comparaison qui vaille c'est par rapport à soi. "mieux qu'hier, moins bon que demain." Alexandre Jullien, philosophe, a dit que "le plus grand des handicaps, c'est la comparaison." Si l'on veut progresser il faut arrêter de se comparer aux autres : uniquement à soi-même.

VOUS VOUS INTÉRESSEZ AUX RISQUES PSYCHOSOCIAUX. QU'EST-CE QUE CELA RECOUVRE ET EN QUOI LES MÉDECINS HOSPITALIERS EN SONT-ILS AFFECTÉS ?

Le risque psychosocial peut se définir comme une situation qui présente un danger probable jouant sur la santé mentale, en relation à l'environnement dans lequel l'individu interagit, et qui va avoir un impact sur l'insertion de l'individu. La conséquence de ce risque c'est de voir l'individu se désinsérer socialement et professionnellement parlant. Il y a deux sources de risque psychosocial au travail: d'une part ce sont les relations humaines, comme on peut le voir dans le cas du harcèlement moral. D'autre part il s'agit de la relation que l'individu a avec son travail, qui peut être impactée par les conditions de celui-ci. Par exemple en cas de sous-effectif, l'humain va pouvoir dans un premier temps compenser en s'investissant davantage. Mais, à partir de

là, il commence à rentrer dans une situation de risque. Si la situation perdure, on va passer de risque au trouble psychosocial, avec l'apparition de manifestations de plus en plus graves : stress, violences internes, agressivité, agressions verbales voire physiques, burn-out, épuisement, tentative de suicide, Malheureusement on voit davantage ce type de comportement augmenter du fait d'une organisation défaillante, et de la rarefaction des ressources associée à une culture de la performance de plus en plus marquée. Et dans le domaine médical et paramédical, l'exposition est très forte: manque d'effectifs, de moyens, et pas de possibilité de reporter leur tâche: s'ils doivent faire un soin c'est maintenant. De surcroît on a affaire à des personnes qui sont très attachés au métier et à leur mission, et là aussi il y a un risque. Car quand vous savez ce que vous devez faire mais en êtes empêché par les conditions de travail, il y a un conflit de valeur. Ce qui peut générer de la culpabilité, de l'anxiété. En psychologie on parle de dissonance cognitive: je sais ce que je devrais faire mais mon comportement est contradictoire car je ne le fais pas. Par exemple, on sait que la relation avec les patients passe aussi par l'échange, la discussion avec ceux-ci, mais le temps vient à manquer cruellement pour ses échanges.

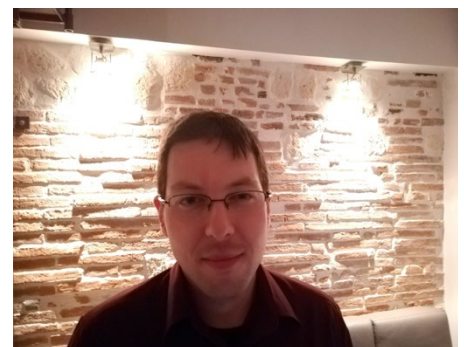
De mon expérience, en France, le personnel hospitalier, du fait des

contraintes dont il est victime, fait face à des situations de troubles psychosociaux.

Enfin, je finirais par dire qu'à mon sens, une des grandes avancées en France dans le domaine du management c'est que l'on a compris que l'expertise technique ne fait pas l'expertise managériale. Pendant trop longtemps on a considéré que quelqu'un qui était très bon dans son domaine technique devait devenir naturellement un encadrant. Or encadrer nécessite d'avoir été formé à cela. Certes, un expert technique augmente sa légitimité de part son expertise, mais elle n'est pas pour autant obligatoire pour être un bon encadrant; a contrario, un bon encadrant devrait au préalable avoir reçu une formation dans ce domaine, et non, juste, être un expert, même excellent, dans son domaine d'activité.

Au nom de l'équipe rédactrice du bulletin du CliSP, je vous remercie, M. Marc PEYRET, d'avoir bien voulu répondre à nos questions.

Propos recueillis par Vincent MAX



Que s'est-il passé au CLISP cette année ? Transformation du système de santé, R3C, option, FST, enseignement et CNISP... Voici un rapide compte rendu des grands chantiers du mandat 2018-2019.

FAIRE PORTER LA VOIX DES INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE (ISP) AUPRÈS DES INSTANCES DE DÉCISION

Ce mandat du CLISP a vu se dessiner le projet du gouvernement de transformer le système de santé par « Ma Santé 2022 ». Devant la volonté de décroisement et d'amélioration de la qualité de la prise en charge, le CLISP a souhaité manifester l'intérêt d'impliquer les médecins de santé publique (MSP) à cette démarche. Une note, rédigée conjointement avec l'alumni des internes de santé publique et le syndicat des médecins de santé publique, a été envoyée au cabinet de la ministre en charge de la santé et à certains parlementaires impliqués dans les questions d'accès aux soins. Les médecins et futurs médecins de santé publique y exposent leur rôle dans chacun des points fondamentaux de « Ma Santé 2022 » :

- En tant qu'expert de la qualité et de la sécurité des soins, ils mobilisent professionnels

et usagers pour favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin ;

- En inscrivant leur pratique sur un territoire, ils constituent l'interface entre les acteurs de la santé, de l'action publique et de la société civile participant ainsi au décroisement du système de santé.

Par cette note, le CLISP demande que soit formalisé un cadre d'exercice territorial du MSP associant intervention, aide à la décision et recherche en santé publique afin de pouvoir répondre aux enjeux de « Ma Santé 2022 ». Ce travail a pu être suivi d'un entretien avec deux membres du cabinet de la ministre en charge de la santé.

Suite aux échanges lors du comité de suivi de la réforme du troisième cycle (R3C), le CLISP s'est associé au corps enseignant afin de rédiger une note commune sur l'organisation de l'option « administration de la santé » à destination du Pr Benoit Schlemmer, chargé du pilotage de la R3C. Cette option comprend une année de formation supplémentaire délivrée par l'EHESP et débutera en novembre 2019. Cette note propose de mettre en place une commission nationale, composée



des enseignants universitaires, de l'EHESP et des représentants des ISP, qui sélectionnerait les candidats souhaitant intégrer l'option. Elle appuie également le fait que le contingentement de l'option devra être en accord avec les souhaits des internes. Enfin, le dispositif de sortie suggéré consiste à faciliter l'accès aux concours de la fonction publique relatifs à l'administration de la santé.

La position du CLISP sur le devenir des ISP ayant suivi l'option n'ayant pas pu être clairement abordée dans cette note conjointe et la volonté d'exposer plus clairement la place que les médecins de santé publique pourraient avoir dans l'administration a conduit le CLISP à rédiger une seconde note à destination du ministère en charge de la Santé. Dans ce document le CLISP offre trois propositions permettant d'adapter la formation et le statut

des médecins de santé publique dans l'administration :

- Consolider le lien entre notre formation universitaire et le recrutement dans la fonction publique en intégrant les concours d'entrée dans la fonction publique dans le cursus des ISP, dès la fin de l'option administration de la santé et en fusionnant l'année de consolidation de l'internat avec l'année de stagiairisation de la fonction publique.
- Créer un statut unique de médecin de santé publique des administrations afin de mieux identifier leur place et leurs missions.
- Proposer une mission d'appui à la santé publique territoriale aux médecins de santé publique des administrations. Cette proposition fait écho à la note précédente sur la place du MSP dans le projet « Ma Santé 2022 ».

Ces deux notes n'ont pour l'instant pas eu de réponses officielles mais les travaux sur l'option administration de la santé sont encore en cours et le CliSP reste vigilant pour assurer aux futurs internes de l'option des débouchés s'accordant au mieux à leur formation.

PARTICIPER AU CHANTIER DE LA RÉFORME DU 3ÈME CYCLE

La mise en place de l'option a donc été le point de vigilance principal du CliSP cette année mais d'autres sujets ont également été abordés.

Depuis l'adoption de la R3C en 2017, le CliSP souhaite s'assurer de sa mise en place dans chaque subdivision. Un tour des subdivisions a lieu à chaque début de réunion et un membre du bureau est chargé de la coordination avec les représentants des subdivisions, ceci permet de faire remonter les éventuelles difficultés survenues dans vos villes. Deux questionnaires ont également été envoyés aux internes de la réforme pendant ce mandat : un premier afin d'évaluer les enseignements SIDES et un second pour connaître les souhaits relatifs aux FST et à l'option. Grâce à ces relais, le CliSP a pu fournir d'importantes informations aux enseignants, au comité de suivi de la R3C et à l'ISNI. Le rapport complet de l'évaluation des enseignements SIDES a été présenté aux enseignants lors du CNP de janvier et les résultats du sondage concernant les FST et l'option ont été transmis à l'ISNI afin d'appuyer les discussions sur les contingentements.

Le CliSP est également vigilant à l'avancement de la mise en ligne des cours sur SIDES et participe aux travaux grâce à son référent SIDES.

REPRÉSENTER LES ISP

Afin de faire valoir la position des internes sur ces sujets, le CliSP échange activement avec les enseignants, notamment en participant aux Comité National Pédagogique (CNP) avec les collèges enseignants : le CUESP et le CIMES. Cette année, le CNP a principalement abordé l'avancée de la R3C et la mise en ligne des cours sur SIDES. Un autre chantier s'est ouvert parallèlement : le projet de réforme du 2^{ème} cycle. En effet, le CNP a été amené à se positionner sur le classement des items de la formation des étudiants de 2^{ème} cycle. Les membres du collège du CliSP, du CUESP et du CIMES ont dû hiérarchiser les différents items relatifs à la santé publique en 3 catégories : notion indispensable à tout médecin, notion nécessaire à un futur interne de santé publique et notion du 3^{ème} cycle à supprimer du 2^{ème} cycle. Lors de ces travaux le CliSP a veillé à diversifier le plus possible les notions nécessaires à un futur interne de santé publique et a également demandé qu'un item relatif à la prévention et la promotion de la santé soit ajouté.

En tant qu'association représentative de la Santé Publique, le CliSP fait partie du collège des spécialités de l'ISNI. Le CliSP y a représenté les internes de santé publique lors des échanges relatifs à la R3C mais aussi au projet de loi d'organisation du système de santé. Les liens entre l'ISNI et le CliSP sont importants pour faire valoir la voix des internes, notamment sur les questions d'enseignement et

de contingentement des FST et de l'option.

Le président du CliSP est également invité permanent des conseils d'administration de la SFSP. Participer à ces réunions a permis au CliSP de participer aux discussions relatives au prochain congrès Eupha qui aura lieu à Marseille en novembre prochain.

Cette année, le CliSP s'est associé avec d'autres acteurs pour appuyer certaines positions comme le maintien de la Banque de données en Santé Publique et le dépistage et la vaccination universelle contre le papillomavirus (« appel des 50 »).

Le CliSP est également présent lors des congrès de santé publique comme les Rencontres de Santé Publique France pour échanger avec les participants sur l'internat et le métier de médecin de santé publique.

ORGANISER LES RENCONTRES ENTRE LES ISP

Comme chaque année, le CliSP organise les échanges entre les internes de Santé Publique par le biais d'événements : le SANI pour accueillir les nouveaux venus, le CliSPPro pour faire réfléchir les ISP sur un enjeu de leur futur métier.

Le CliSP a beaucoup travaillé cette année à organiser l'accueil des nouveaux internes de Santé Publique en instaurant un système de parrainage national entre internes de première année et ISP plus anciens. Le CliSP a également cherché à identifier des référents thématiques parmi les ISP couvrant l'ensemble des champs de la Santé Publique afin de pouvoir orienter les internes ou futurs internes qui se posent la question de leur orientation.

Enfin, la grande nouveauté de cette année est la transformation du SANFI en CNISP : congrès national des internes de santé publique et la création de son association organisatrice, l'AO-CNISP.

Rassurez-vous, l'événement restera toujours aussi sensationnel, simplement, une association pérenne sera chargée de son organisation. Cette association unique permet de faciliter la transmission des expériences d'une année à l'autre, d'améliorer les échanges avec le CliSP et de développer des fonds propres et des partenariats nationaux. Chaque année, l'AO-CNISP sera composée des membres de la ou des ville(s) organisatrice(s) du CNISP. La création de cette association a été votée lors de l'assemblée générale extraordinaire du 24 avril dernier et prendra ses quartiers à Lyon pour l'organisation du premier CNISP.

Pour participer à la suite des aventures, n'hésitez pas à vous engager au sein du CliSP : membre du bureau, du collège ou simplement d'un groupe de travail, il y en a pour tous les goûts et tous les emplois du temps !

Bonjour Maxime, et merci d'avoir bien voulu répondre à nos questions pour le bulletin du CliSP. Ce n'est pas la première fois que tu apparais dans ce magazine, et nos plus anciens lecteurs ont déjà eu l'occasion de voir ce qu'il en était de ton parcours (n°26), mais il y a eu du nouveau entretemps !

QUEL A ÉTÉ TON PARCOURS D'INTERNAT AINSI QUE TON ORIENTATION ?

J'ai toujours été passionné d'informatique et de sciences et c'est mon dernier stage d'externat post-ECN en épidémiologie qui a fini de me convaincre pour la Santé Publique, me montrant que je pouvais valoriser ma compétence extérieure à la médecine et m'amuser au passage !

J'ai fait un parcours assez orienté, passant la majorité de mon temps en épidémiologie/recherche clinique pour aiguïser mon sens méthodologique et pratiquer les analyses statistiques, et en DIM pour monter un entrepôt de données cliniques (mon sujet de thèse) et exercer ma spécialité. J'ai couplé ça avec tout d'abord un Master 1 de Santé Publique à Nancy, puis un Master 2 Informatique BioMédicale à l'Université Paris Descartes. J'ai pris une année

recherche et j'ai passé 10 mois aux USA sur un projet de recherche d'association génotype-phénotype dans un syndrome autistique rare. Je suis maintenant AHU en informatique biomédicale à l'HEGP à Paris.

COMMENT SE PASSE LE POST-INTERNAT ? S'ADAPTE-T-ON VITE À SON NOUVEAU STATUT D'ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE ?

J'ai eu la chance d'avoir été mis en autonomie assez tôt dans mon parcours d'internat et bénéficier d'une grande liberté dans mes choix, donc la transition vers ces nouvelles responsabilités s'est faite relativement calmement. J'avais également déjà fait de l'enseignement, que j'affectionne tout particulièrement, et je travaille entouré de gens passionnés, compétents et sympathiques. On peut donc dire que l'adaptation se fait très bien !

Mon conseil est de ne pas hésiter à prendre des responsabilités et être force de proposition le plus tôt possible au cours de l'internat, d'autant que c'est plus facile en Santé Publique que dans la majorité des autres spécialités médicales.



TU AS PASSÉ UNE ANNÉE RECHERCHE À L'ÉTRANGER (HARVARD MEDICAL SCHOOL, BOSTON, USA). EN QUOI CETTE EXPÉRIENCE A-T-ELLE AFFECTÉE TON REGARD SUR LA RECHERCHE EN GÉNÉRAL, ET LA RECHERCHE EN FRANCE EN PARTICULIER ? QU'EN AS-TU RETIRÉ ?

Je ne sais pas si l'expérience est très représentative de la recherche aux USA, vu le prestige du lieu et les moyens correspondants. Extrapoler à partir de là me paraît délicat. Néanmoins, le constat qui s'en dégage est que si l'accès à de grandes ressources est très confortable et pratique, la stabilité d'une carrière de chercheur y semble aussi plus «précaire» qu'en France

car l'accès à la titularisation y est plus difficile et rare. D'ailleurs l'opportunité de rester aux US m'était offerte mais je suis malgré tout rentré en France.

L'activité de recherche en elle-même reste fondamentalement la même, et si les budgets français ne sont pas du même ordre de grandeur, il reste tout à fait possible de faire de la recherche de haut niveau en France. Nous sommes notamment ici plutôt riches en données, ce qu'on nous envie beaucoup !

TU ES SPÉCIALISÉ EN INFORMATIQUE BIOMÉDICALE ET DATA SCIENCE. COMMENT PENSES-TU QUE CETTE DISCIPLINE VA AFFECTER LA MÉDECINE DANS LES PROCHAINES ANNÉES ?

Si vous demandez aux internes qui étaient au SANI cette année, ils vous diront que je suis persuadé que c'est la médecine de demain !

L'exercice médical entier est amené à évoluer. La *datafication* de notre monde touche tous les niveaux, le système de soin n'y fait pas exception. Les domaines concernés sont par exemple la médecine personnalisée basée

sur les technologies de séquençage haut débit, l'organisation *data-driven* des politiques de santé, et l'aide à la décision et l'automatisation d'un nombre croissant de tâches médicales comme la lecture d'examens d'imagerie ou d'anatomopathologie. De manière plus large, les méthodes liées à l'IA opèrent un bouleversement même de la méthode scientifique, ce qui soulève encore beaucoup de questions scientifiques, éthiques et sociétales.

COMMENT FAIS-TU LE LIEN ENTRE L'ÉTHIQUE ET NOTRE SPÉCIALITÉ ?

Comme je le disais juste avant, nous sommes faces à des instruments très puissants, qui sont amenés à modifier de nombreux aspects du système de soin, jusque dans l'exercice médical en lui-même, du diagnostic à la prise de décision thérapeutique. Tout cela avec des méthodes dont on ne commence que seulement à mesurer les conséquences parfois inattendues.

Être conscient des risques encourus par leur utilisation est un travail documentaire constant, et la ruée vers ces technologies par effet de mode impose également

beaucoup d'attention et de didactisme. Je vois ainsi mon rôle non seulement comme utilisateur expert de ces technologies, mais également avec l'obligation morale de m'interroger, communiquer et éduquer sur leur utilisation. Il n'est pas viable aujourd'hui de n'être que de « purs techniciens » qui ne se questionnent pas sur les enjeux et conséquences des outils que nous mettons en œuvre.

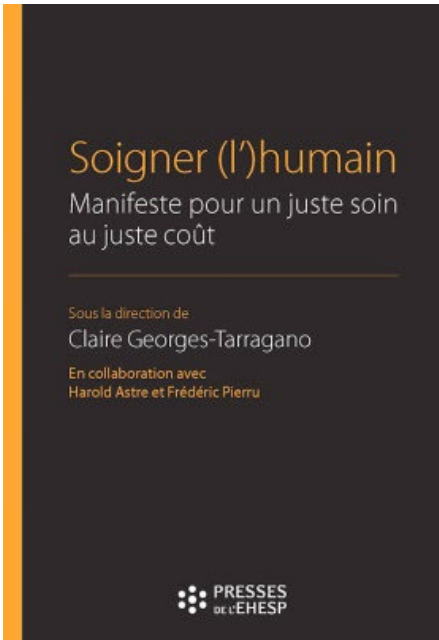
QUELS CONSEILS DONNERAIS-TU À UN ISP INTÉRESSÉ PAR TON DOMAINE ?

Comme toute spécialité de Santé Publique, l'informatique biomédicale est par essence transversale, il est donc nécessaire d'acquérir des compétences et une culture dans un grand nombre de domaines afin de pouvoir communiquer avec tous les acteurs et choisir les outils adaptés à chaque projet.

Soyez curieux, apprenez à apprendre, soyez critiques, ayez des projets personnels hors-stage pour développer votre pratique, et surtout, surtout, amusez-vous !

Propos recueillis par Camille ROLLAND et Vincent MAX

SOIGNER (L') HUMAIN. MANIFESTE POUR UN JUSTE SOIN AU JUSTE COÛT



Édité par les presses de l'EHESP, sous la direction de Claire Georges, médecin de santé publique, praticien hospitalier et responsable de la PASS de l'hôpital Saint-Louis, en collaboration avec Harold Astre et Frédéric Pierru.

Les permanences d'accès aux soins (PASS) ont été créées avec la loi du 31 juillet 1998. Elles sont définies par l'ARS comme «[...] des dispositifs de prise en charge médico-sociale pour les personnes en situation de précarité sociale», ayant pour but «[...] de leur faciliter l'accès au système de santé, et de les accompagner dans les démarches». C'est autour de cette thématique, et plus globalement du soin centré sur l'humain, que

ce livre propose de réunir des auteurs de différents horizons, en leur donnant la parole, dans un, ou plusieurs textes, qui s'organisent en quatre grandes parties.

La première, «Partir des patients», apporte un point de vue centré sur le patient, et au travers de différents points de vue et cas concrets, vise à montrer l'importance de la prise en compte de la dimension humaine du soin. La deuxième partie, «Pour une approche globale du soin», effectue un zoom arrière, pour se placer au niveau de l'organisation des soins, et notamment l'organisation hospitalière, avec toujours le souci de plaider pour l'importance de la prise en compte de l'humain dans le soin. Il est notamment introduit la notion de temps du soin : un temps qui répond à une logique de performance, du fait notamment du financement par la T2A, et qui risque d'entraîner des économies d'échelle. En réduisant le temps de la prise en charge aujourd'hui, on risque d'augmenter le temps de la prise en charge complète du malade. Ainsi le lien est fait avec la troisième partie. «L'humain, facteur de performance du soin». La thèse développée ici est de dire que prendre le temps de l'humain dans le soin, tout autant que dans son organisation, est un véritable

facteur de performance, qui, s'il n'est pas directement mesuré par nos indicateurs actuels, semble bien réel. Ainsi, il serait intéressant de développer des mesures de performance du soin prenant en compte des parcours, des indications globales de «bonnes» prises en charge (et non seulement des indicateurs techniques). La quatrième partie enfin, «Les PASS : Une médecine du juste soin au juste coût», propose de parler plus spécifiquement du dispositif PASS, qui sous-tend aux discussions dans tout l'ouvrage, de montrer comment ce dispositif permet de répondre à certaines problématiques soulevées dans les autres parties. Ce dispositif, ferait fonction d'îlot où on pratique une médecine transdisciplinaire, où la technicité n'est pas le seul facteur de performance du soin, où l'efficacité, du fait d'un financement particulier (les PASS ne sont pas soumises à la T2A, mais sont financées par des enveloppes, dites « MIG » pour mission d'intérêt général), est maximisée, mais non au détriment des patients, où l'on pratique l'éthique, où l'on prend en compte la dimension médico-sociale, où l'on pratique une médecine du juste soin au juste coût.

Ce livre, est organisé en textes, écrits par différents auteurs.

Et c'est là une véritable force, puisqu'il nous donne l'occasion d'entrevoir des points de vue d'auteurs agissants à différents niveaux de l'organisation des soins, allant de la pratique clinique à la direction d'hôpital, en passant par des chercheurs en sciences sociales, des économistes... Cela permet d'avoir une vision large et nuancée des thèmes abordés. En plus de cette pluralité d'auteurs, de nombreux sujets sont traités, toujours avec une abondante bibliographie. Cette bibliographie, systématique, est très agréable, car elle est une

porte d'entrée pour explorer plus spécifiquement les sujets qui peuvent attirer davantage chaque lecteur. Cette diversité d'auteurs et de thèmes abordés est une véritable force du livre.

Au fil de certaines parties cependant, certains textes semblent se répéter. Parfois, cette mosaïque de textes rend difficilement lisible le cheminement complet de la thèse. Heureusement, la bibliographie est là pour combler ceux qui voudraient en savoir plus sur certains sujets.

Finalement ce livre est à recommander, en introduction au dispositif PASS, et plus globalement comme une piste de réflexion et comme une référence d'ouvrages pour une médecine plus globale, intégrative, intégrant l'humain comme composante principale de son exercice et promouvant la trans-disciplinarité !

**Réalisée par Alois Castro,
ISP Paris**

TREATMENT OF HIV AND VIRAL HEPATITIS IN THE PRISON POPULATION

Access to health services in the prison system is conditioned by legal barriers, social marginalization and stigma, which can increase infectious diseases among the prison population¹.

The prison population is different from other populations and it's in a situation of increased vulnerability. There are several factors that contribute to this, mainly: more exposure to violence; transmission of infectious diseases; increased unprotected sexual, confinement and overpopulation; difficulties in the patients flow up¹.

The number of prisoners in Portugal is about 14.000 on 2017, for a theoretical capacity of approximately 13.000, generating, thus, a panorama of indisputable overcrowding of the prison system. In addition there is also a high turnover of inmates². The most relevant characteristics of Portuguese prisoners are summarized in Table 1 and Figure 1.

In order to achieve the goals to 2020 outlined on Onusida/Unaid's and reduce the morbimortality of viral hepatitis, the General Directorate for Reinsertion and

Prison Services (Direção-Geral da Reinserção e dos Serviços Prisionais) and 28 hospitals of the National Health Service (SNS) will sign a protocol for the treatment of human immunodeficiency virus (HIV) and viral hepatitis infections in the prison population, extending to the whole country the pilot project that runs between the Hospital de São João in Porto and the prison of Custóias.

This pilot project started on January 2017, in order to promote appropriate diagnostic procedures and to provide medication to cure hepatitis C.

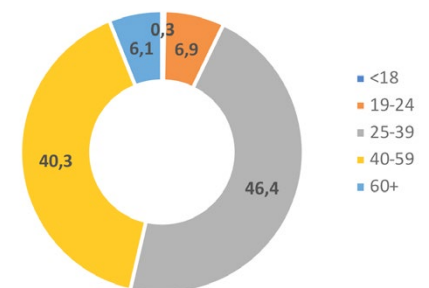
This initiative enabled the elimination of Hepatitis C in prisons in Custóias and Santa Cruz do Bispo and is now being expanded geographically and to include other viral hepatitis and HIV⁴.

Up until now, prisoners were subject to security procedures when traveling to healthcare facilities, which caused constraints to clinical observation. From now on they will be treated in the prison itself. This new model will allow physicians - infectiologists, gastroenterologists and internists - to move to prisons

Table 1. Characteristics of the Portuguese Prison Population, Portugal, 2017^{2,3}

93,6% are male
 ≈70% are drug users
 4,5% is infected with HIV,
 1,2% is infected with hepatitis B
 10,1% is infected with hepatitis C

Figure 1. Prisoners, by age. Portugal 2017²



to care for the HIV-infected, hepatitis B and C prison population of 45 prison facilities across the continent. In addition, screening will be done at the entrance, during and at the end of the sentence.

Thus, it is expected that this protocol will shape a new approach to health care for infectious diseases in prisons.

We would like to thank our two co-internates for agreeing to participate in this edition of the CLISP newsletter.

REFERENCES:

1. Sousa KAA, Araújo TME, Teles SA, Rangel EML, Nery IS, Sousa KAA, et al. Fatores associados à prevalência do vírus da imunodeficiência humana em população privada de liberdade. Rev da Esc Enferm da USP. 2017 Dec 18 [cited 2018 Aug 24];51(0).
2. PORDATA- Justiça e Segurança: Prisões [Internet]. [cited 2018 Aug 14]. Available from: <https://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Pris%C3%B5es-60>
3. Direção-Geral de Saúde. Infecção VIH e Sida- Desafios e estratégias. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2018
4. Hospital de São João- Projeto do São João de eliminação da Hepatite C nas prisões replicado a todo o país [Internet]. [cited 2018 Aug 31]. Available from: http://portal-chsj.min-saude.pt/frontoffice/pages/16?news_id=537

Bureau du CliSP

Sara Corbin

Présidente

president@clisp.fr

Jalal Charron

Vice-Président

president@clisp.fr

Cécile Longchamps

Secrétaire Générale

contact@clisp.fr

Arthur Barnay

Trésorier

tresorier@clisp.fr

Melchior de Giraud d'Agay

Secrétaire évènementiel

evenement@clisp.fr

Fanny Velardo

Chargée de la Communication

communication@clisp.fr

Camille Rolland

Rédactrice en chef du Bulletin

bulletin@clisp.fr

Pierre Balayé

Webmaster

webmaster@clisp.fr

Louise Petit Bourdel

*Secrétaire déléguée aux affaires
nationales*

louizpetit@gmail.com

Romuald Cruchet

*Chargé de relation avec les représentants
des subdivisions*

coordination@clisp.fr

Emmanuel Chabot

Chargé de relation avec EuroNet MRP

eb.chabot@gmail.com

Collège du CliSP 2018-2019

Ile-de-France

Nicolas Deniau

representant-clisp@isp-paris.org

Nord-Est

Besançon : Alice Barbier

alice.barbier@edu.univ-fcomte.fr

Dijon : Emmanuel Delmas

masaru240del@gmail.com

Nancy : Ngoc-Ha Nguyen

ngoc.ha55956@gmail.com

Reims : Pauline Marchand

paulinemarchand89@gmail.com

Strasbourg : Marie Mielcarek

mielcarek_marie@hotmail.com

Nord-Ouest

Amiens : Sébastien Delescluse

delescluse.sebastien@gmail.com

Caen : Laure-Marine HOUEL

lm.houel@gmail.com

Lille : Louis Rousselet

louisrousselet@laposte.net

Rouen : Tifen Clabaut

tifclabaut@gmail.com

Ouest

Nantes : Cécile Ferriot

referent.santepublique@gmail.com

Poitiers : Clotilde Morineaud

clotilde.morineaud@etu.univ-poitiers.fr

Rennes : Aurélie Pétureau

referent.santepublique@outlook.fr

Tours : Sixtine De Lafforest

sixtinedelafforest@gmail.com



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

15, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris

www.clisp.fr - contact@clisp.fr

Rhône-Alpes et Auvergne

Clermont-Ferrand : Romain Mortier

romortier@hotmail.fr

Grenoble : Maxime Rigaud

maxime90rigaud@gmail.com

Lyon : Maxime Bonjour

association.spl@gmail.com

Saint-Etienne : Robin Chauv

robinvchauv@gmail.com

Sud

Marseille : Mathilde Besson

ISP.Marseille@gmail.com

Montpellier : Marie-France Malcher

Malcher.mf@gmail.com

Nice : Seda Bakirci

seda.bakirci@hotmail.fr

Sud-Ouest

Bordeaux : Louis Billiet

referent.santepub.bordeaux@gmail.com

Limoges : Alexis Cazorla

alexiscazorla.31@gmail.com

Toulouse : Emmanuel Chabot

eb.chabot@gmail.com

Antilles, Guyane : Yann Lambert

y.m.lambert@free.fr

Océan Indien : Nicola Iv

ncls4@yahoo.fr

Avec le soutien de :



CliSP - Bulletin n°39 - Juin 2019

Rédactrice en chef :

Camille Rolland

Conception et réalisation :

Philippe Enderlin

Crédit photo couverture :

iStockphoto @ sorbetto