



Le bulletin du C.L.I.S.P.

Rédigé par le bureau du Collège de Liaison des Internes en Santé Publique

Juillet 2010

N° 13

Editorial

Nous profitons de l'occasion du séminaire du CLISP pour vous livrer le deuxième bulletin de la gestion.

Pour commencer, un sujet porteur d'un enjeu important pour l'organisation de la formation : la réforme de l'internat. Pas celle de NOTRE internat, que nous appelons de nos vœux depuis plusieurs années, mais celle de l'ensemble de la formation médicale de 3^e cycle, déclenchée pour répondre à l'augmentation du nombre d'internes suite à celle du numérus clausus. Le ministère de l'enseignement supérieur a déjà nommé une commission pour élaborer des propositions, mais la commande est de définir des métiers, qui déboucheront éventuellement sur des maquettes différenciées et à une surspécialisation acquise à la fin de l'internat.

Les enjeux sont donc importants : comment faire valoir la transversalité de notre exercice et de nos métiers, comment ne pas nous enfermer dans des filières étanches, tout en profitant de l'occasion pour implanter une vraie réforme de notre formation, qui l'harmonise au niveau national, qui en rehausse le niveau, pas avec des masters et des DU déjà largement suivis par les internes, mais avec une vraie formation pour le DES ? Les discussions sont en cours avec les deux collèges d'enseignants, avec l'ISNIH et le SNSP, José vous en fait un point dans ce bulletin et vous aurez bientôt la proposition actuelle du CLISP dans vos boîtes mail. Nous attendons vos réactions.

Du reste, ce bulletin a également quelques sections traditionnelles :

- un sujet de l'actualité de santé publique, traité par Henri, qui approfondir les connaissances que nous avons acquises lors du séminaire de Toulouse tout en contribuant à améliorer notre niveau d'anglais ;
- le parcours d'un ancien ISP, puisque ça fait toujours plaisir de voir à quel point on peut réussir à partir de notre filière de DES ;

Nous attendons vos remarques à propos de tous ces sujets, en particulier celui de la réforme, auquel nous vous demandons d'être très attentifs.

Bonne lecture et bon séminaire !

Bruna ALVES

ISP Bordeaux

Présidente

Sommaire

Editorial	1
Réforme de l'Internat	3
Health Inequalities	5
Introduction	5
Socio-determinants of health	5
European politics	7
Reference List	10
Parcours d'un ancien ISP : Yann BOURGUEIL, directeur de l'IRDES	12

Réforme de l'Internat

Le ministère et la Commission Nationale de l'Internat et du Post Internat (CNIPI) ont actuellement une discussion de fond sur l'organisation de la formation médicale de 3^e cycle.

Nous avons travaillé depuis un an maintenant sur une réforme de la maquette du DES et une amélioration de notre formation par l'intermédiaire d'un groupe de travail inter associatif (regroupant un référent de chaque ville et un représentant de chaque association régionale d'internes de Santé Publique).

Au cours du séminaire de Toulouse, nous avons été informés de cette réforme en cours. Nous avons alors rédigé un document qui porte les recommandations issues du groupe de travail afin de fournir notre vision et nos propositions aux réformes en cours. Après en avoir discuté avec nos différents collègues d'enseignants de Santé Publique, le choix de porter des revendications communes a été décidé. Ce choix est actuellement difficile à concrétiser en raison de problèmes de disponibilité des différents collègues et d'approches diverses de la réforme.

Le DES de Santé Publique est une filière peu connue des internes en général et des tutelles particulièrement. Cette réforme étant portée par elles, il nous semble important de **fournir un éclairage juste sur notre formation** afin de leur faire prendre conscience de sa valeur et du haut niveau de compétences acquis à l'issue du DES de Santé Publique :

- Nous sommes la seule formation qui offre **4ans d'expériences professionnelles** dans les divers domaines de la Santé Publique (ce qui nous différencie d'emblée de confrères cliniciens réalisant des M2 ou d'ingénieurs et autres profils d'étudiants en Santé Publique).
- Nous acquérons par l'intermédiaire des M1 et M2 les **connaissances théoriques les plus solides en Santé Publique** (à l'instar d'autres profils tels ingénieurs ou élèves issues d'écoles de sciences politiques).
- **Nous sommes médecins**, ce qui nous différencie de ces profils. Comment acquérir une connaissance clinique sans les 6ans que nous avons passés en PCEM et DCEM ? Cette spécificité est primordiale et trop souvent négligée par les internes de Santé Publique eux-mêmes.
- Outre une formation transversale en Santé Publique par l'intermédiaire de nos stages et des M1, **l'écrasante majorité d'entre nous se spécialise dans un domaine de la discipline** en y réalisant plusieurs semestres et en validant un M2 de ce domaine.
- Les **carrières des anciens internes de Santé Publique** sont les témoins de cette formation d'excellence : aucun interne n'a de difficultés à trouver un poste à la suite de ses études. La plupart obtiennent des postes à haute responsabilité dans les divers domaines de la discipline : PU-PH, responsables de l'information médicale de grands groupes, chercheurs des agences nationales de recherche, directeurs d'instituts publics (IRDES, EHESP...), président de CNU, conseillers ministériels, responsables d'unité dans l'industrie, chefs d'entreprises, responsables dans des organisations internationales... Les CV des anciens internes qui ont participé aux forums professionnels illustrent parfaitement l'expertise obtenue par le DES et les possibilités de carrières dans les divers domaines de la spécialité.

Il nous semble également nécessaire de notifier les **dysfonctionnements actuels du DES** qui ont été révélés par l'enquête de 2009 :

- **Aucun cours spécifiques au DES** n'est disponible dans l'écrasante majorité des villes de France.
- **L'offre de choix de stages est totalement hétérogène et déséquilibrée** selon les villes de formation. Certains stages n'apportent que peu ou pas de compétences techniques nouvelles aux internes.
- **Les internes compensent eux-mêmes ces lacunes** par la validation des M1 et M2, par la réalisation de stages en inter-CHU... Cette mobilisation des internes leur permet d'obtenir à l'issue des 4ans de DES une formation de haut niveau et sans égale en Santé Publique, mais au prix d'un investissement financier et personnel important.

Afin de répondre au défi de positionner le DES en phase avec les évolutions de la discipline et de rendre la formation théorique et pratique homogène sur le territoire, nous faisons des **propositions de réformes** :

- Elaborer, en partenariat avec les enseignants et les professionnels de la discipline, un **référentiel de compétences** afin de détailler les connaissances et compétences techniques qu'un interne doit avoir à l'issue de son cursus.
- Utiliser ce référentiel de compétences pour **redéfinir la maquette et orienter la formation au cours des stages d'internats**.
- Organiser des **formations spécifiques pour les internes du DES** au niveau local (mensuelles), interrégional (au moins semestrielles), et national (au moins annuelles).
- Permettre aux internes de réaliser un **master 2 en parallèle de deux semestres consécutifs** dans une même structure.
- **Permettre à tous les internes d'avoir accès aux stages des différents domaines de la discipline** :
 - o Pour cela, nous proposons de répartir les stages d'internat en 6 grands domaines (épidémiologie et recherche clinique ; économie et évaluation en santé ; industrie et conseil ; gestion de la qualité, de la sécurité des soins et de l'information médicale ; administration de la santé ; prévention et santé des populations).
 - o Dans une ville qui ne dispose pas d'au moins 2 stages dans un domaine, les internes de cette ville doivent pouvoir avoir accès en surnombre aux stages de ce domaine de l'interrégion, sans procédure d'inter-CHU. La possibilité d'inter-CHU pour d'autres stages est conservée.
 - o Pour permettre l'application de cette mesure, les internes devront au cours de leur cursus réaliser des stages dans au moins 4 des 6 domaines de compétences.

La version actuelle de ce document vous sera communiquée par votre référent CLISP à la suite de la diffusion de ce bulletin. Il ne s'agit pas d'une version définitive, il nous revient de l'améliorer et d'y associer les enseignants et autres professionnels de Santé Publique.

Afin de bénéficier d'une formation d'excellence, reconnue, il tient à nous de prendre conscience des qualités présentes de notre DES et de notre haut niveau d'expertise à son issue. Il nous faut également améliorer notre DES en nous impliquant dans les processus de réflexions et de décisions concernant sa réforme, et en communiquant sur notre formation et ses débouchés.

La réforme aura lieu, avec ou sans les internes de Santé Publique.

Soyez-en.

José Guerra

ISP Paris

Health Inequalities

Introduction

Health inequalities have been described over all Europe. A report commissioned by the UK presidency of the EU and chaired by Johan P. Mackenback (1) in 2006 concluded that although average life expectancy has increased throughout Europe socio-economic differences have grown. A summary of socio-economic inequalities in mortality showed that in every European country mortality is always higher in lower socio-economic groups. Although the data is heterogeneous the rate ratio between low and high socio-economic group varies between 1.22 and 2.90. Furthermore, the authors observe a widening of inequalities between the 80's and the 90's in some European countries (Norway, Turin, Finland, Denmark) that could partially be explained by a faster decline in mortality in higher compared to lower socio-economic groups. Nevertheless, the report concluded that those inequalities may be related to amenable causes such as disparities in smoking, alcohol consumption or access to care (2). The Eurothine project report published in 2007, reports more data on health inequalities in Europe for specific conditions. Three overviews have measured health behavior inequalities on smoking prevalence. All three conclude to large man woman inequalities and a strong relation to lung cancer inequalities. Another set of reviews concluded to a relation between obesity and low-education attainment. Those articles point out the importance of reducing health behavior inequalities. Education is also an important factor in avoidable mortality. Finally, the study of the association between labor and social welfare policies and socioeconomic inequalities showed the effect of welfare regimes on socio-economic health inequalities (3). Socio-economic disparities in health care use have been described even after adjusting for need (4;5).

Socio-determinants of health

The differences in outcomes and health care use between occupational groups, income level, education or even sex and ethnicity are explained by socio-determinants of health. Different theoretical models have been proposed to explain the effect of social factors on health. The commission on socio-determinants of health created in 2004 by the World Health Organization has proposed a framework of interventions based on theoretical models. Different approaches to the relation between socio-determinants and health have been proposed. One states that health is responsible for social position usually by affecting social mobility, sometime called reverse causal relation (6). Individuals in bad health tend to go down the social ladder and inversely thus creating a socio-gradient of health. The importance

of this relation, although accepted, is thought to be marginal. Another relation has been proposed where social position affects health through different models. These models include the psychosocial factors that argue that the perception of socio-inequalities induces a chronic stress that is responsible for biological modification responsible for an increase susceptibility to disease and a more materialist approach where health is related to access to resources (housing, food, health services...) (7). Other models have been described including exposure to risk factors, where socially less favored groups are exposed to risk factors link to the environment or lifestyle and a genetic explanation where susceptibility is passed on between generations (6). More recently a life course approach has been described that argues that certain life-events, related to social position, either early in childhood or accumulated over-life affect the health of an individual. This life course theory is the basis for promoting early-intervention. A more frequently use framework is the one proposed by Dalgren & Whitehead in 1991 (8). The framework (Figure 1) describes in 5 concentric layers the relation between socio-determinants and health. Two key layers that regroup many of the previous models, material circumstances including access to health care (2nd layer) and lifestyle factors (4th) are often used as action target.

Four arguments have been proposed to justify reducing health inequities. The first two arguments state that health inequities are by definition, unfair and avoidable. The third argument is that there might be positive externalities in reducing health inequities. For example, reducing inequalities in alcoholic behavior could reduce car accidents for the entire society. The fourth argument is the possible cost-effectiveness of interventions to reduce health inequalities although this last point lacks evidence (9). A report commissioned by the European Health and Consumer protection published in 2007, evaluated on the basis of the European Community Household Panel, the cost of health inequalities for the 25 European countries. This cost was extrapolated from the number of life year lost due to socio-economic inequalities and distinguished health as a "capital good" and as "consumption good". The estimated cost for health as a capital good was 1.4% of European GDP (€141 billion) and 9.5% of GDP for health as a consumption good (€1 000 billion). Those high figures are also true for health care cost in Europe; health estimated cost related to Inequalities represent 15% social security system costs. Those cost could be reduce. For example, reducing smocking prevalence in low socio-economic groups by 33% when reducing it by 25% in high socio-economic groups would reduce behavior related inequalities and save €75 billion per year for the EU-25 (2).

European politics

In Europe, there is a growing political interest on the subject. However, European countries are at different stage in tackling health inequities. In an action spectrum proposed by Whitehead in 1995, European countries were categorized at different levels of awareness and concern toward health inequalities. The first level is measurement, followed recognition of the problem, raising awareness, concern, will to take action, isolated initiatives, structured developments and comprehensive coordinated policies. Two pit-falls are introduced in the spectrum around awareness and concern: mental block and denial/indifference (10). This action spectrum was used in 2003 by Mackenbach in an article published in 2003. Although no countries were in the comprehensive policy stage, UK was very close, followed by “northern” European countries including Finland, the Netherlands and Sweden, all at a structured developments stage. Lithuania was at a will to take action stage. “Southern” European countries are lagging behind. France and Italy are at the concern stage, Spain is in denial and Greece has yet to enter the spectrum (11).

Nevertheless, in countries that are ahead in tackling health inequalities, different approaches exist. UK was the first countries in Europe to bring attention to health inequalities with the publication of the Black report. However, after the demise of the labor party during the 1983 elections, reducing inequalities left the political scene only to come back in 1998 with the Acheson report. After a dormant period between the Black and Acheson report, UK published a first national agenda in 1999 describing its strategy to reduce health inequalities. The agenda supported multisectoral actions wider than health services and health behaviors approach. In 2000 the “saving lives” white paper provided resource and legitimized action on health inequalities at every level national, regional and local. The UK strategy is based on national goals published in 2001 and 2003. These goals are described in terms of gap reduction thus setting up a dichotomized vision of health inequalities (6). In the Netherlands, a study published in 1980 raised concern about health inequalities and prompted the government to finance a 5-year national research program on inequalities. The program concluded that action on working and living conditions were as important as behavioral factors. In 1995, a second research program gathered evidence on actions to reduce socio-economic health inequalities which resulted in a recommended strategy based on quantitative targets and focus on both socio-determinants and access to quality care. However, even if the recommendation were approved by the government in 2001, turbulent election in 2003 prevented any concrete strategy to be set up resulting in severe criticism by the Netherlands Court of Auditor in 2003. In 2004, the memorandum was published by the government

promoting the use of quantitative targets, specifically the reduction by at least 25% of the current life expectancy differences for the lowest socioeconomic groups. The memorandum also promoted prevention but insisted on personal responsibility. Although, in 2005, the reduction of inequalities is mainly based on risk behavior reduction for low socioeconomic groups and promoting access to care, a national report on health care stressed the importance of intersect oral policy (6). UK and the Netherlands have a dichotomous vision of inequalities. Denmark has also been described with the same vision(12).

On the other hand Sweden, Finland and Norway approach inequalities from a gradient perspective describing inequalities at every socio-economic level. Recent politics on health inequalities in Finland have been translated into the National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008 – 2011. The action plan, part of the “Health 2015” program is aimed at reducing mortality differences by a fifth in 2015 and has been deemed necessary in front of the partly growing inequalities. The plan, focus on reducing health disparities in several measures including work ability, functional capacity, self-rated health, morbidity and mortality, has three objectives: social policy measures improving material conditions, healthy lifestyle for all the population with special attention to disadvantaged groups and access to quality social and health care (13). It is also design to be intersectoral. Norway’s first awareness on this issue dates back to 1988. After a first set of policies in 2002 focused on lifestyle in disadvantaged groups, Norway moved to a more universal approach focus on the inequality gradient. In 2005, an action plan title “The challenge of the gradient”, discussed the many others pathways between health and socio-determinants other than behavior and developed measures to address them. The more recent strategies, put in place in 2007, include four areas: reducing social inequalities, health related behavior, promote social inclusions and develop cross-sectoral tools. Furthermore, the Norway government included the reduction of health inequalities in the annual health budget (14) Sweden interest for inequalities started in 1987. In 1997, the National Public Health Committee was formed and published “Health on Equal Terms – National Goals for Public Health”. This report provides 18 goals in public health target on socio-determinants for the entire population and for groups with worst health (6). In 2003, a national bill stressed out the importance of multisectoral action on every level, national, regional and local, to reduce inequalities and provide another framework of 11 objectives, also based on socio-determinants closely related to the pathways published by Whitehead in 1991. This policy was renewed in 2008, by the new-centre right wing government, with a reformulation of the objectives that insisted on personal responsibilities (15). This different vision approaches, either dichotomy or gradient, are also

reflected in the pathways between socio-determinants that are considered. While most countries have a multi-dimensional approach, considering material conditions as well as lifestyle behavior, Denmark only considers the lifestyle pathway (12).

The “North” vision of inequalities focused on the gradient and the strong sense of social justice in the Nordic Welfare States is very similar to the vision of the World Health Organization on health inequalities. Health for all was first mentioned in the 1978 Alma Ata declaration. The raising concern on health inequalities led to the creation in 2005 of the commission on socio-determinants of health. The commission published a report titled “Closing the Gap in a Generation”, chaired by Sir Michael Marmott in 2008. The report made 3 recommendations, to improve daily living condition, to tackle the inequitable distribution of power, money and resources and to measure and understand the problem (16). The authors, in particular, Sir Michael Marmott, insisted on the importance of looking at the gradient when measuring socio-economic inequalities. He also insists on the need for multisectoral action. If socio-determinants are related to health, than reducing the unfair distribution of socio-determinants such as education or income should reduce socio-economic health disparities. Thus, to be achieved, global policies need to be changed; therefore, the health sector can only have a limited role in the reduction of health inequalities.

However, evidence in the health sector shows that it is also a social determinant of health (17), and although the role of the health sector is limited, it cannot be reduced to nothing. In the health sector, primary care characteristics have been associated with health inequalities. A high supply of primary care physician has been associated with better outcomes in high income inequality areas including, lower postneonatal mortality rate, stroke mortality or self-reported health (18). Primary care has been associated with reduce health inequalities and, in less develop countries, primary care program aimed at reducing health inequalities have been proven effective (18). The important aspects of primary care when looking at health equity are preventive, patient-oriented, coordinated and accessible care (19). Equity in accessibility have been linked to the financing and organization of primary care, providing some basis for policies aimed at reducing health inequalities in primary care (20). Other suggested primary care policies to reduce inequalities include universal access, shifting from disease oriented to community oriented care, establishing a quality health system and integrating health system in an intersectoral network (19).

Nevertheless, whether it is in the health system or in intersectoral action, there is a need for evidence based policies. To this end several European projects were financed by the European Union to describe health inequalities in Europe and provide evidence to reduce them.

The Eurothine project that started in September 2004 and ended on August 2007 is one of the European projects interested in finding strategies to reduce health inequalities. The main objective was to provide an international overview of inequalities on several outcomes and assess the scientific evidence on the effectiveness of policy aimed at reducing socio-economic inequalities. It was coordinated by Erasmus MC and involved many collaborative partners around Europe. The project was concluded by a report presenting numerous analyses on descriptive as well as policy recommendation on health inequalities. The report presented evidence on the existence of substantial, but uneven health inequalities in Europe. It suggested that policy aimed at reducing health inequalities should be adapted in each country to the prevalent inequalities, should address every socio-determinants of health particularly health behavior and access to care and insisted on the importance of monitoring health inequalities. Health care interventions and policies appeared to help reducing inequalities (3). However, the report also noted a lack of evidence in this area. Another European project had similar objectives. The DETERMINE project, pursuing the work of the Commission on Social Determinants of Health, was aimed at achieving awareness on health inequalities and capacity in reducing them for policy makers around Europe. The project collaborated with over 50 governmental and non-governmental health organizations to produce a catalog of intervention to reduce health inequalities (21). The interventions addressed every socio-determinants of health and reported only a limited number of interventions in the health sector. This catalog, available on-line, represents of another attempt at providing evidence-based intervention to help government and public decision makers design policies to reduce health inequalities.

Henri Leleu

ISP Paris

Reference List

- (1) Reducing inequalities in Health : a European Perspective. Londres : Routledge; 2002.
- (2) Mackenbach J, Meerding WJ, Kunst A. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Health and Consumer Protection Directorate-General; 2007.
- (3) EUROTINE. Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach. 2007. Report No.: Final Report.

- (4) Van Doorslaer E, Masseria C. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OCDE countries. OECD publishing; 2004. Report No.: OECD Health Working Papers No.14.
- (5) van DE, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ* 2006 Jan 17;174(2):177-83.
- (6) Backhans M, Moberg H, Lundgren B. Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries. 2008. Swedish National Institute of Public Health.
- (7) CSDH. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. 2007. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health.
- (8) Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. 1991. Background document to WHO - Strategy paper for Europe.
- (9) Woodward A, Kawachi I. Why reduce health inequalities? *J Epidemiol Community Health* 2000 Dec;54(12):923-9.
- (10) Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Q* 1998;76(3):469-92, 306.
- (11) Mackenbach JP, Bakker MJ. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet* 2003 Oct 25;362(9393):1409-14.
- (12) Vallgarda S. Social inequality in health: dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy* 2008 Jan;85(1):71-82.
- (13) National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008–2011. 2008. Helsinki, Finland, Ministry of Social Affairs and Health.
- (14) Dahl E, Lie M. Policies to tackle health inequalities in Norway: from laggard to pioneer? *Int J Health Serv* 2009;39(3):509-23.
- (15) Lundgren B. Swedish public health policy – background and experience of the 2003 policy reform. 2009 Aug 20; 2009.
- (16) CSDH. Closing the gap in a generation. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. 2008.
- (17) Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V. Challenging inequity through health systems. Final report, Knowledge Network on Health Systems. 2007. Johannesburg, South Africa, WHO Commission on the Social Determinants of Health.
- (18) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
- (19) De MJ, Willems S, De SA, Van De GEUC. Primary health care as a strategy for achieving equitable care : a litterature review commissioned by the Health System Knowledge Network. Johannesburg : Centre for Health Policy; 2007.
- (20) Or Z, Jusot F, Yilmaz E. Inégalités de recours aux soins en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? *Revue Economique* 60[2], 521-543. 2009.
- (21) DETERMINE Consortium. Action Summary: Improving Health Equity via the Social Determinants of Health in the EU. Update on the first year of work by the DETERMINE Consortium. Brussels: EuroHealthNet; 2008.

Parcours d'un ancien ISP : Yann BOURGUEIL, directeur de l'IRDES

Yann BOURGUEIL a été nommé directeur de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) en 2010. C'est la première fois qu'un médecin a été nommé à la tête de cet institut privé de recherche appliquée qui est une des références en France dans le domaine de l'économie. Cet entretien a été recueilli quelques jours avant le séminaire de Toulouse.

Quelques éléments biographiques :

- Externat à Rennes (P1 en 1983)
- ISP Paris, promo 1990
- DEA à l'ESSEC
- Ancien président du SPI (Association des ISP d'IdF)
- Médecin de santé publique ayant exercé au Groupe IMAGE (ENSP) : 1992 (internat) – 2004
- MSP à l'IRDES depuis 2004, nommé directeur en 2010.

Pourquoi avoir choisi la Santé Publique ?

Je me suis très vite orienté vers la santé publique, pendant mon externat. J'avais fait des stages en DRASS et en DIM à l'époque de mon externat. La possibilité d'avoir quatre ans de formation dans la discipline m'a vite décidé pour l'internat. J'ai beaucoup bossé pour l'internat : pour être bien classé, pour venir à Paris et pour avoir une position confortable vis-à-vis de mes collègues des autres spécialités.

Comment était l'internat à ton époque ? Comment as-tu orienté ton parcours ?

Quand je suis arrivé à l'internat, celui-ci venait d'être récréé en tant que filière, après 2 années où il avait été intégré à la médecine et où très peu de personnes avaient choisi de faire santé publique. Quand je suis arrivé, la filière venait donc d'être récréée et nous étions 15. Il y avait une grande liberté de choix pour les stages et pour les formations, il n'y avait pas autant de formations en santé publique. C'est une des raisons pour lesquelles j'ai choisi cette spécialité.

Je me suis inscrit à Bichat pour mon internat. Je voulais m'orienter vers la gestion, la politique de santé. J'ai fait une maîtrise de stat/épidémiologie, mais ce n'est pas ça qui m'intéressait. J'ai travaillé pendant un an à Robert Debré sur l'offre et l'organisation des soins et me suis orienté ensuite sur une réflexion plus large sur les systèmes de soins, en partant d'un constat : on ne fait pas de la santé publique à l'hôpital, même si c'est là que sont les postes.

Je cherchais une formation complémentaire de haut niveau en gestion, convaincu qu'il fallait une formation reconnue puisque quand on est médecin de santé publique, on est bien médecin mais il faut apprendre un nouveau métier et pouvoir évoluer dans plusieurs univers et c'est donc important d'avoir des diplômes reconnus. J'ai rencontré de façon fortuite le directeur de l'ESSEC [Ecole supérieure des sciences économiques et commerciales, ndlr], et cette rencontre m'a décidé à suivre un DEA là-bas.

Pour mon internat, j'ai fait une bonne partie de mes stages au groupe IMAGE [Information médicale à la gestion des établissements, ndlr], lié à l'ENSP, qui était un groupe de recherche sur la gestion des soins et la politique de santé, très ouvert dans ses approches, très innovant, et qui a duré de 1988 à 2004. J'y suis resté à la fin de mon internat en tant que chargé de recherches. Mon approche était très orientée gestion et politique et je ne voulais pas rester

dans un bureau, mais m'investir sur le terrain. J'ai été impliqué dans plusieurs projets innovants : l'organisation des réseaux, les soins palliatifs, le PMSI (qui était encore un projet expérimental). Je n'ai pas fait de thèse de science, par choix.

Je suis resté au groupe IMAGE pendant 10 ans, et l'ai quitté en 2004, pour l'IRDES.

Pour toi, comment peut-on définir un médecin de santé publique ?

L'ISP se pose toujours la question de savoir qui il est. Ceci est normal, ça fait partie du processus et c'est ça qui est intéressant. On est formatés pour voir des malades, pour faire de la clinique, et on choisit un autre parcours. On apprend beaucoup de choses, des façons de penser, des langages, des méthodes et on se demande si on est encore médecin. Je pense que c'est une question que le médecin de SP doit se poser : quelle est sa place par rapport aux autres : soignants ou pas.

J'ai toujours pensé que la médecine de SP s'apprend avec la pratique, comme les autres spécialités : une pratique de santé publique. Il faut aller vers les autres médecins et professionnels, discuter avec eux.

Je crois aussi qu'un ISP doit construire son projet : en regardant autour de lui, en parlant aux autres, en choisissant ses formations, et pour cela, la liberté accordée par l'internat est très importante, la possibilité d'explorer plusieurs domaines.

Comment es-tu venu à l'économie de la santé ?

J'avais déjà travaillé avec le CREDES [prédécesseur de l'IRDES, ndlr] et l'observatoire de la démographie [Observatoire national de la démographie médicale, ONDPS, ndlr], le groupe IMAGE était en train de se dissoudre et j'ai été invité par l'ancienne directrice à venir à l'IRDES. Dans la foulée de mes travaux sur les réseaux, j'ai choisi de développer la thématique des soins primaires, ce qui a été rendu possible avec un financement de l'IRES pour les équipes innovantes, et on a créé PROSPER.

Qu'y-a-t-il de passionnant en économie de la santé pour un ISP ?

Mon champ n'est pas vraiment l'économie et ma formation est plutôt en gestion et en théorie des organisations. Je ne suis pas un économiste, je n'ai pas investi ce champ disciplinaire. En tant que médecin de santé publique, notre objet d'étude est la population, et on est beaucoup autour des épidémies comme de l'organisation du système de soins. Moi, mon domaine est l'économie politique, en fait, l'imbrication entre l'économie et la décision. L'économie apporte la compréhension des enjeux politico-économiques pour le système de soins et permet de mieux saisir comment tu peux travailler à l'articulation de l'offre et de la demande, ce qui est quand même un des enjeux majeurs quand tu es praticien de santé publique. L'économie est ainsi un champ de connaissance majeur quand t'es dans le champ de la santé. Sachant que c'est aussi une simplification terrible de la réalité, qui est énormément limitée pour appréhender la réalité de la clinique, du soin, de la société : ce n'est qu'un des outils pour la pratique médicale, tout ne se résume pas à l'économie.

Propos recueillis par Bruna Alves.