



COLLÈGE DE LIAISON  
DES INTERNES  
DE SANTÉ PUBLIQUE

#48  
- Octobre 2022 -



**SANI 2022 :**

Santé Publique : un internat, 1000 possibilités



# sommaire

- #48 - octobre 2022 -

p. **04** **ÉDITO DU PRÉSIDENT**

p. **06** **PRÉCÉDEMMENT AU CLISP**

Présentation du nouveau bureau du CLISP

S'investir dans l'associatif : S'unir en collectif, pour la communauté

Focus sur le groupe Attractivité de la Santé Publique

p. **17** **DOSSIER SANI**

Dossier Mission de refonte de la santé publique : état des lieux et perspectives

Boîte à outils - ressources utiles pour démarrer (ou approfondir !) en santé publique

p. **24** **ACTUALITÉS: FOCUS SUR LE MONKEYPOX**

p. **27** **DOSSIER SANTÉ PUBLIQUE : REFONTE ET PERSPECTIVES**

p. **38** **VALORISATION D'ARTICLES D'INTERNES**

Au cœur de la mission de refonte avec l'un des contributeurs au rapport Chauvin.

Dessiner la santé publique de demain : point de vue du Professeur Pierre Lombrail

p. **43** **RETOUR D'EXPÉRIENCE R3C**

FST d'hygiène

p. **45** **RUBRIQUE EURONET - REGARD À L'INTERNATIONAL**

Retour d'expérience: l'internat de santé publique au Portugal



# EDITO DU PRÉSIDENT



**Daphnis MILLER**

*ISP à Paris*

## Chers internes et néo-internes,

C'est avec fierté que j'ouvre le premier bulletin du mandat de la fabuleuse équipe du bureau du CLISP 2022/2023. Celui-ci a été réalisé en majeure partie par Audrey et Pol, que je remercie ici pour leur travail dévoué.

## C'est la rentrée !

Je tiens tout d'abord à souhaiter la bienvenue aux nouveaux internes de santé publique, et j'espère que votre première année de formation sera la plus enrichissante possible. D'ailleurs, pour nous en assurer, nous vous avons élaboré un séminaire d'accueil de nouveaux internes (SANI) vous permettant d'obtenir les clés nécessaires à votre épanouissement dans notre spécialité. Cela sera aussi l'occasion pour vous d'apprendre à connaître vos futurs co-internes, pour lier des relations qui, vous le verrez, seront bien plus longues que votre internat.

Je souhaite aussi une merveilleuse année aux internes plus avancés, qui représentent l'avenir de notre profession et pour qui nous restons toujours à l'écoute.

## Les projets de l'année

Au cours de notre mandat, nous aurons à cœur de réaliser les remarquables événements pour lesquels les anciens membres des bureaux du CLISP ont toujours su faire preuve de minutie, créativité et d'abnégation. Aussi travaillerons-nous avec envie sur la réalisation de nouveaux événements avec nos partenaires, pour rendre encore plus passionnant l'internat de santé publique.

Cette année encore nous avons réalisé une importante campagne de communication sur notre belle spécialité, avec cependant un investissement sans précédent. Vous avez pu apercevoir sur nos différents réseaux, un total de 3 vidéos montrant le quotidien de médecins de santé publique aux profils et aux postes différents, symbole de la diversité de notre spécialité. L'objectif de notre démarche est d'endiguer les stéréotypes et la méconnaissance du grand public, vis-à-vis des rôles et missions des médecins de santé publique. C'est sur ce point que je pense que nous devons avancer davantage et pour lequel je souhaite redoubler nos efforts.

En parallèle, le CLiSP tachera de poursuivre l'amélioration de la formation en lien avec notre DES, d'une part en instruisant les différentes problématiques que vous pouvez nous rapporter au quotidien, et d'autre part en nous assurant qu'une formation de qualité est bien présente dans chacune des subdivisions.

## Ancien et nouveau bureau

Je profite de ces dernières quelques lignes pour remercier l'ensemble de l'ancien bureau du CLiSP dont j'ai eu la chance de faire partie, pour leur implication sans limite et souhaite aux membres du nouveau bureau une année sublime. Vous m'avez en à peine 3 mois d'ors et déjà fortement impressionné par vos talents.

Enfin, je vous souhaite à tous une très bonne lecture de ce passionnant nouveau bulletin et pour les plus chanceux, un merveilleux séminaire.

**Daphnis MILLER**



# PRÉSENTATION DU NOUVEAU BUREAU



**Daphnis Miller**

**Président  
ISP à Paris, 8<sup>ème</sup> semestre**

« Après une première année en tant que Vice-secrétaire délégué aux affaires nationales où j'ai énormément appris, j'ai voulu m'engager encore davantage en tant que président du CLISP. Je souhaite prolonger les travaux menés par le CLiSP les années précédentes, et plus particulièrement sur la promotion de notre spécialité médicale. »



**Yves Gallien**

**Référent affaires nationales  
ISP à Paris, 6<sup>ème</sup> semestre**

« En rejoignant le CLiSP et après une expérience au sein de l'association des internes d'Île de France, j'ai souhaité m'impliquer largement au service de tous les internes de notre belle spécialité. Cette année sera consacrée à travailler sur les grands dossiers de la spécialité avec tous les partenaires nationaux ainsi que d'apporter les réponses aux questions des internes et faire connaître la richesse de la Santé publique »



**Rémi Valter**

**Chargé de mission attractivité  
ISP à Paris, 6<sup>ème</sup> semestre**

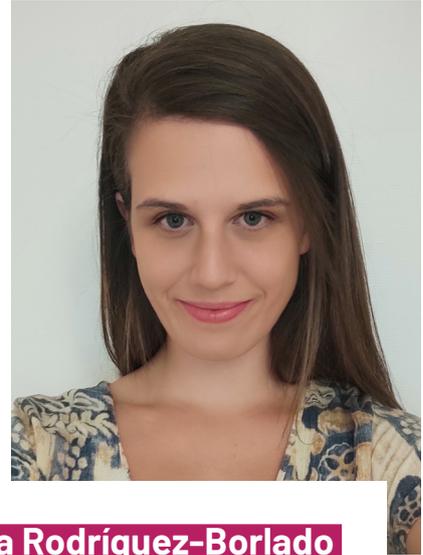
« J'ai décidé de rejoindre le CLiSP pour conserver un lien et m'investir en Santé publique pendant mon année de FST, approfondir la gestion de projets, défendre et valoriser notre belle spécialité. Je suis ravi d'être à ce poste où je toucherai à de nombreux domaines : de l'évaluation, intervention, communication, etc »



**Cécile Ferriot**

**Vice-présidente  
ISP à Nantes, 9<sup>ème</sup> semestre  
( avec la FST ! )**

« Investie dans l'association des ISP de l'Ouest puis dans l'AO-CNISP, intégrer le CLISP me tentait depuis un moment. Je l'ai donc rejoint cette année. Mon objectif est d'aider au mieux les ISP dans leur internat tout en coordonnant les projets nationaux de notre très belle spécialité. »



**Lucía Rodríguez-Borlado**

**Secrétaire générale  
ISP à Lyon, 2<sup>ème</sup> semestre**

« Ayant pu collaborer avec le CLiSP l'année dernière de façon ponctuelle, j'ai décidé d'intégrer le bureau cette année en tant que secrétaire générale. Ce poste permet de suivre les dossiers et projets menés par l'association dans sa totalité et je souhaiterais en profiter pour contribuer au maximum à leur avancement »



**Salomé Bonnier**

**Chargée de communication  
ISP à Lille, 2<sup>ème</sup> semestre**

« J'ai voulu faire de l'associatif depuis les premiers jours de mon internat. Je me suis d'abord engagée en tant que chargée de communication pour notre association locale à Lille, puis je me suis lancée à plus grande échelle avec le CLiSP, tout d'abord pour pouvoir apporter mon soutien aux projets en cours et à venir, mais surtout afin de participer à la valorisation de cette incroyable spécialité médicale qu'est la Santé Publique. »





**Audrey Geoffroy**

**Rédactrice en chef du bulletin  
ISP à Paris, 2<sup>ème</sup> semestre**

« Investie au niveau local à Paris, coordonner l'élaboration du bulletin du CLiSP m'a paru être une expérience enrichissante que je partage avec Pol, ISP à Paris en 4<sup>ème</sup> semestre. Nous souhaitons que les prochains bulletins soient au maximum participatifs, par et pour les internes de santé publique de France. »



**Carola Pierobon**

**Coordinatrice des référents de  
subdivisions  
ISP à Grenoble, 6<sup>ème</sup> semestre**

« Le rôle de coordination des référents tient toutes ses promesses : collaboration avec les internes de toutes les subdivisions et activités dynamiques tout au long de l'année. Je suis ravie de pouvoir occuper ce poste pour la deuxième année ! »



**Bertrand Galet**

**Webmaster  
ISP à Strasbourg,  
4<sup>ème</sup> semestre**

« Totalement étranger au monde associatif il y a encore un an, c'est avec enthousiasme que j'entame ma deuxième année au sein du CLISP. L'idée d'apporter une nouvelle pierre à l'édifice et de poursuivre l'aventure en si bonne compagnie m'apparaît désormais comme une évidence. »



**Eole Nyangwile**

**Trésorière du CLISP,  
ISP à Lille, 4<sup>ème</sup> semestre**

« Après plus d'un an comme référente des ISP de Lille, intégrer le CLISP était pour moi un challenge. La trésorerie est un monde inconnu, mais cette expérience est pour moi ce qui représente le mieux la santé publique : une occasion de découvrir et partager. »



**Chiara Gottarelli**

**Chargée de l'événementiel  
ISP à Lyon, 2<sup>ème</sup> semestre**

« Dès que j'ai rencontré le Clisp j'ai souhaité en faire partie. Cette association est dynamique, très proche des internes et vraiment attentive à leurs besoins. J'ai été capturée par la qualité de ses événements et la cohésion créée entre les internes pendant ces occasions... j'ai alors souhaité rejoindre le bureau en tant que vice secrétaire chargée de l'événementiel. »



**Kate Ndocko**

**Chargée de relation avec EuroNET  
ISP à Lyon, 2<sup>ème</sup> semestre**

« Ayant eu l'occasion de participer à l'organisation du Spring Meeting et aux groupes de recherche d'Euronet MRPH, j'ai pu découvrir la richesse de la coopération en santé publique lorsque mutualisée à l'échelon supranational. Je vois en cette prise de poste au sein du bureau du CLISP l'occasion d'assurer un rôle de liant à même de favoriser les collaborations ambitieuses et innovantes entre les institutions françaises et le bureau européen »

# EDITO : S'INVESTIR DANS L'ASSOCIATIF



## **S'unir en collectif pour la communauté**

### **Le sens de l'engagement associatif**

Ne vous laissez pas impressionner par cette présentation du nouveau bureau qui peut donner l'impression de figer la liste des acteurs de la vie associative, le but est au contraire d'élargir la participation à toutes les bonnes volontés qui souhaiteraient contribuer de quelque façon que ce soit !

Le renouvellement du bureau du CLiSP (Collège de liaison des internes de santé publique) et le petit tour de table de chacun de ses membres proposé plus haut sont justement l'occasion pour nous de rappeler ce qui fait, à nos yeux, le charme de l'engagement associatif et l'esprit dans lequel est rédigé ce bulletin, pour mieux vous inviter à nous rejoindre.

L'engagement dans la vie associative au CLiSP est une façon de saisir cette chance d'alimenter nous-même ce dynamisme et de participer véritablement aux décisions qui nous concernent en étant force de proposition. Un bon exercice pratique d'empowerment collectif comme qui dirait.

### **Se saisir de notre pouvoir de décision et d'action sur les sujets qui nous concernent**

La santé publique se caractérise par une grande transversalité des sujets entrant dans son champ d'étude et une ouverture naturelle aux disciplines connexes, ce qui fait d'elle un objet dynamique et malléable, en perpétuelle évolution. L'internat de santé publique contribue, à son échelle, à ce dynamisme et se fait le reflet de la spécialité, en ce qu'il présente une vraie réceptivité aux potentielles innovations dans les parcours et stages proposés et un caractère non figé, ouvert aux propositions. Cette ouverture à la nouveauté (en un mot, sa créativité) fait toute sa richesse.

### **Vivre la santé publique autrement, dans un climat de confiance**

Le propre du milieu associatif en santé publique est l'environnement vraiment bienveillant qui l'accompagne. L'ambiance à la fois familiale et stimulante est idéale pour se lancer en toute confiance, sans craindre l'échec ou l'erreur, chacun étant libre de s'investir à la hauteur de ses envies, de contribuer à des projets en cours ou d'en proposer de nouveaux.

Pour vous mettre un peu plus en appétit, citons quelques exemples concrets d'activités menées : faire valoir nos points de vue dans les instances décisionnelles et porter la parole des internes auprès de nos enseignants sur des sujets qui nous concernent (maquette d'internat, stages, ...), travailler à renforcer l'attractivité de la spécialité, améliorer la qualité de notre formation. C'est également participer à l'organisation des moments forts incontournables pour les internes de santé publique : le séminaire d'accueil des nouveaux internes, le congrès national des internes de santé publique (CNISP) et le séminaire professionnel du CLiSP (CLiSPPro)...

Et bien sûr, l'associatif est aussi et surtout un moyen privilégié pour tisser des liens entre internes et profiter pleinement de l'aventure humaine dans laquelle chacun de nous s'est embarqué en se lançant dans cet internat.

## Élargir sa vision de la spécialité

Étant non seulement l'occasion de développer de nouvelles compétences (d'organisation, de communication, artistique, informatique, ...) dans un climat de confiance, le milieu associatif tel que proposé au CLiSP constitue aussi un véritable catalyseur qui condense les expériences et les rencontres, nous plaçant au contact de nombreux professionnels du domaine et au cœur des échanges entre internes. Cette position très stimulante permet d'élargir son regard sur la santé publique et d'enrichir la vision que nous avons de cette spécialité très vaste, en complétant des aspects découverts en stage.

## Pour un bulletin participatif à l'image des internes

Le bulletin du CLiSP se veut être à l'image de l'association nationale, d'autant plus riche et instructif (mais aussi représentatif des internes !) qu'il intègre une pluralité d'angles de vue issus d'internes différents et rapporte, autant que possible, la grande variété des expériences que nous rencontrons au cours de notre cursus. Le bulletin est aussi un moyen de valoriser nos travaux et une tribune, un espace où partager nos réflexions sur la santé publique et l'internat. Nous attendons donc vos idées et propositions pour faire vivre ce bulletin en le rendant réellement participatif.

**Pol Prévot-Monsacré**

*ISP à Paris*

# FOCUS SUR LE GROUPE ATTRACTIVITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE

*Interviews de Cynthia Hurel, ISP à Rennes, et Rémi Valter, ISP à Paris.*

*Propos recueillis par Audrey Geoffroy, ISP à Paris*

**Audrey Geoffroy** Bonjour Cynthia. Lors du mandat 2021-2022, tu as animé un groupe de travail du CLISP qui s'appelle "Attractivité et promotion de la spécialité". Peux-tu nous expliquer à quoi cela correspond ?

**Cynthia Hurel** Avec plaisir ! L'un des maîtres-mots du DES de Santé publique, c'est le mot « diversité ». Et pourtant, il y a quelque chose qui rassemble à peu près tous les internes et médecins de santé publique : nous constatons régulièrement que notre spécialité est méconnue, y compris des étudiants en médecine. Avec ses particularités et son pas de côté vis-à-vis de la culture biomédicale et de l'approche individuelle de la médecine, la santé publique peut apparaître à ces étudiants comme lunaire, trop éloignée de la médecine... Entre 2016 et 2021, au total 22% des postes ouverts en santé publique n'ont pas été pourvus lors des choix des néo-internes. Et pourtant, en parallèle chaque année, les réactions des nouveaux internes de santé publique sont les mêmes : avant, ils ne connaissaient pas assez cette spécialité, alors qu'elle est riche, variée, passionnante et surtout nécessaire.

**De nombreux internes souhaitent alors apporter leur pierre à l'édifice pour améliorer la connaissance et l'attractivité du DES de Santé publique.**

Et ça tombe bien : il existe un groupe de travail (GT) au sein du CLISP, dont c'est le but.

**AG** Comment ce groupe de travail a-t-il fonctionné lors du dernier mandat ? Ce sont des internes qui en font partie ?

**CH** Le GT Attractivité et promotion de la spécialité existe depuis 2018 et plusieurs actions avaient déjà été débutées ou mises en œuvre, telles que les visioconférences estivales d'information sur la santé publique et un kit de communication. Comme les autres GT du CLISP, il est ouvert à tous les internes de santé publique qui le souhaitent (dès le début d'internat) et permet de travailler de manière collégiale sur des enjeux de notre formation. C'est aussi l'occasion de travailler avec d'autres personnes ou structures (par exemple l'ANEMF, Association Nationale des Etudiants en Médecine de France, ou encore des anciens internes de santé publique).

**Lors du mandat 2021-2022 du CLISP, l'accent a été mis sur ce GT pour répondre au mieux aux enjeux qui persistent : une vingtaine d'internes mais aussi externes et médecins ont pu participer sur l'année, sur volontariat, avec jusqu'à 12 réunions de travail en groupe entier ou en sous-groupes.**

En effet, pour répondre aux multiples objectifs de ce GT, mettre en place différents projets de manière simultanée (les internes de santé publique ont toujours plein d'idées !) et avancer efficacement, trois sous-groupes ont été constitués en janvier 2022. Chaque sous-groupe s'appuyait le plus possible sur le travail débuté par les mandats précédents.

**AG** **Qu'avez-vous pu mettre en œuvre avec ces sous-groupes de travail ?**

**CH** Le sous-groupe Enquêtes avait pour objectif de mieux comprendre l'attractivité du DES de santé publique, c'est-à-dire de décrire les facteurs d'attractivité, de doute mais aussi les représentations des étudiants sur la spécialité de santé publique. Cela correspondait à deux grandes enquêtes. La première enquête, portée par le CLISP, a étudié ces éléments auprès des internes arrivés en santé publique lors de l'année 2021 (après les ECN 2021, mais aussi après un changement de spécialité de type droit au remord). La deuxième enquête, l'enquête SESAME réalisée par l'ISNI, l'ANEMF et d'autres structures, a recueilli début 2021 les représentations d'étudiants en médecine, internes et médecins séniors sur la santé publique (et sur toutes les autres spécialités, avec un tirage au sort).

**Les résultats seront valorisés progressivement avec la participation du GT, mais ils ont déjà permis de préciser les orientations des autres sous-groupes.**

Le sous-groupe Formation avait lui pour objectif de travailler sur des pistes d'amélioration de la place de la santé publique dans la formation théorique et pratique de premier et second cycles de médecine. Dans la continuité de nombreux échanges très riches, nous avons souhaité reprendre un projet commun avec l'ANEMF de recensement des stages d'externat liés à la santé publique dans les différentes subdivisions de France. Cela a abouti à un questionnaire presque prêt à être diffusé auprès des administrateurs de l'ANEMF pour permettre au GT de baser ces préconisations sur un véritable état des lieux, complémentaire aux retours d'expériences.

**En parallèle, ce recensement permettrait d'ores et déjà d'impulser l'ouverture de nouveaux terrains de stage d'externat. Car les étudiants en sont aussi demandeurs !**

Les réflexions sur les lieux mais aussi les objectifs et missions de ces stages pourront nous permettre de peaufiner nos recommandations, de même que les échanges concernant l'abord de la santé publique en tant que spécialité dans la formation théorique. Nous avons aussi discuté de la possibilité de cibler certains profils d'étudiants pouvant être très intéressés par la santé publique, et évoqué brièvement un état des lieux de la situation et de l'attractivité de cette spécialité dans d'autres pays.



Enfin, le sous-groupe Communication avait pour objectif de créer une campagne de communication pour promouvoir la spécialité de santé publique auprès des futurs internes, dès l'été 2022 dans la mesure du possible... Et c'est chose faite, puisqu'en 6 mois seulement, le sous-groupe Communication a pu concevoir et produire avec rigueur et créativité

### **trois portraits de jeunes médecins de santé publique, diffusés sur les différents canaux de communication du CLISP.**

Ces vidéos, souhaitées courtes, dynamiques, pertinentes, informatives mais aussi attractives, ont été réalisées avec des professionnels : l'agence La Petite Production, basée à Nantes et à Paris. Le choix du format, du déroulé, des questions ou encore des médecins à interviewer ont été mûrement réfléchis et se sont basés sur les résultats des enquêtes citées plus haut, sur nos expériences personnelles ainsi que sur les avis de professionnels.



Merci aux docteurs Maud Giacobelli,  
Anne Le Rhun et Raphaël Simon  
pour avoir accepté d'être interviewés !

# GT ATTRACTIVITÉ ET PROMOTION DE LA SPÉCIALITÉ

## Communication



Concevoir et diffuser une **campagne de communication** pour **promouvoir la spécialité** de santé publique auprès des futurs internes et casser les préjugés



Production et diffusion de 3 vidéos de portraits de médecins de santé publique

## Enquêtes



**Comprendre** l'attractivité du DES de santé publique : décrire les facteurs d'**attractivité**, de **doute** mais aussi les **représentations** des étudiants sur la spécialité



Enquête quantitative auprès de la promo des ISP 2021 (post-ECN et DR)



Enquête sur les représentations des étudiants et autres spécialistes

## Formation



**Proposer** des pistes d'amélioration de la place de la santé publique dans la **formation théorique et pratique** de premier et second cycles de médecine



Recensement des stages d'externat en santé publique et de l'abord théorique de la santé publique



Identification des profils d'étudiants à cibler et recueil d'information sur la situation dans les autres pays

## ET MAINTENANT ?



Faire d'autres vidéos portraits de MSP ?  
Autres supports de communication ?  
Marketing social ?  
Cibler d'autres publics ?



Renouveler l'enquête pour la promo 2022  
Terminer et élargir les analyses auprès des étudiants en médecine ?  
Sujets de thèses !



Lancer le recensement, évaluation des stages existant et propositions  
Supports pédagogiques et interventions auprès des externes ?

**AG** Et maintenant, que va devenir ce GT ?

**CH** Tout ce travail n'est pas fini ! Nous avons été assez ambitieux et certains projets n'ont pas encore pu être menés jusqu'au bout, même s'ils sont à un stade assez avancé. Nous savons qu'il y a aussi plein d'autres idées et envies, y compris de personnes qui n'ont pas encore rejoint le GT. Enfin, nous avons pu constater que le GT amenait parfois à des recommandations ou des actions qui méritaient d'être renouvelées chaque année, sans que cela soit nécessaire de continuer la réflexion collective au sein du GT mais avec un lien avec le bureau du CLISP parfois un peu instable lors des changements d'équipe. Il était donc temps de créer un poste dédié au sein du bureau du CLISP pour la promotion de la spécialité ! Je suis vraiment ravie que Rémi ait pris ce nouveau poste, qui permet désormais de stabiliser tout ce travail au sein du CLISP. C'est désormais lui qui anime le GT, alors je vais le laisser vous parler de la suite !

**Rémi Valter** C'est un exercice très périlleux de reprendre la suite de Cynthia, mais c'est aussi un challenge très motivant ! Il y a déjà beaucoup de choses qui ont été faites. Il y a donc matière à la capitalisation et valorisation, continuer les projets et en monter d'autres. Cependant, rien de tout ça n'aurait été, et ne serait possible sans la mobilisation des internes. On est vraiment dans le "Nothing About Us Without Us". Pour les perspectives du GT, on est en plein dans la phase de mise à plat de ce que l'on poursuit, reprend et de ce que l'on souhaite ajouter. On garde les sous-groupes actuels qui sont une base solide et qui ont bien fonctionné !

Voilà quelques idées à la volée, à prendre ou à jeter : collaborer sur des thèses ou articles d'internes sur le sujet (sociologie, marketing, etc.), produire des documents à destination des externes ("Comment se préparer à l'ECN, ce que nous dit la littérature"), confectionner des goodies et les distribuer avec les associations étudiantes, etc.

**AG** Mais c'est super intéressant tout ça... Si un.e interne souhaite vous rejoindre pour participer à ces projets, que faut-il faire ? Il y a des obligations ?

**RV** Pour participer à ces projets, ou pour en créer d'autres ! Il n'y a aucune obligation. Vous pouvez vous impliquer à différents degrés, de la transmission d'idées/remarques à la participation à un sous-groupe ou au portage de projets. Et ce dès le premier semestre d'internat et à n'importe quel moment de l'année!



Si vous souhaitez en savoir plus, vous pouvez me contacter à [attractivite@clisp.fr](mailto:attractivite@clisp.fr). On discutera de vos projets et envies sur ce sujet.



# L'INTERNAT DE SANTÉ PUBLIQUE VU PAR DES INTERNES DE PHASE SOCLE : REGARDS CROISÉS

## Retour sur une première année d'internat

Bonjour à tous les quatre. Merci beaucoup d'avoir accepté de nous parler de l'expérience que vous avez eue de votre première année d'internat de santé publique, qui touche à sa fin pour vous !



**Lucia Rodriguez**

*Interne de santé publique  
2<sup>ème</sup> semestre à Lyon*



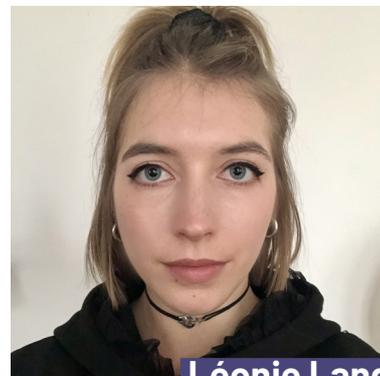
**Antoine Cases**

*ISP 2<sup>ème</sup> semestre à Paris*



**Lucie Cadon**

*ISP 2<sup>ème</sup> semestre à Nantes*



**Léonie Langanay**

*ISP 2<sup>ème</sup> semestre à Lille*

## POUR DÉBUTER, QU'EST-CE QUI VOUS A CONDUIT EN SANTÉ PUBLIQUE ?

**Lucía Rodriguez** J'hésitais parmi plusieurs autres spécialités, dont leurs principaux atouts étaient le rôle très présent de la prévention et/ou la variété dans les activités quotidiennes. Je ne connaissais pas la Santé Publique, mais quand on me l'a présentée j'ai trouvé qu'elle réunissait toutes ces caractéristiques et je me suis dit que c'était fait pour moi.

**Léonie Langanay** De mon côté, je ne me suis pas tournée vers la Santé Publique immédiatement après l'ECN, puisque j'ai démarré un internat de Psychiatrie. Après quelques mois, il m'est apparu que ce DES ne me convenait pas, et j'ai alors envisagé d'autres spécialités, dont certaines moins connues du grand public, des internes et de moi-même. Après discussion avec plusieurs médecins de Santé Publique, aux carrières diverses et riches en opportunités, j'ai décidé d'effectuer un stage hors-filière dans cette spécialité, puis de faire un droit au remords six mois plus tard.

**Antoine Cases** J'ai toujours été intéressé par le monde de la recherche et c'est lors du premier confinement qu'un peu par curiosité je me suis laissé écouter des interviews sur les différentes spécialités, dont la santé publique. En écoutant, j'ai fini par contacter la personne concernée (l'interne référent sur le site du CLiSP) et j'ai posé tout un tas de questions et chacune confirmait un peu plus mon attrait pour cette spécialité !

**Lucie Cadon** Lors de mon externat, j'ai eu la chance de faire partie d'une association de solidarité locale et de promotion pour la santé. Cette expérience m'a énormément plu, et c'est donc tout naturellement que je me suis posée la question de l'internat de Santé Publique. C'est en regardant des interviews d'internes en Santé Publique, qui avaient un parcours et des interrogations similaires aux miennes que je me suis décidée.

## QUELLES ÉTAIENT VOS APPRÉHENSIONS ET ENVIES AU DÉPART ? QUE POUVEZ-VOUS EN DIRE APRÈS UN AN ?

**Lucía** Ma principale appréhension était ce que les gens allaient en penser. C'est bête mais, malheureusement, la Santé Publique est une spécialité qui n'est pas très réputée, notamment parmi nos collègues. Je pense qu'un an plus tard je peux confirmer que les commentaires sont là (« T'as fait ça par choix ? » « Ce n'est pas trop nul ? » « Mais du coup tu n'es plus médecin ? ») mais une fois qu'on est dedans et on se rend compte à quel point ce qu'on fait est passionnant, utile et en lien avec nos principes, ces commentaires n'ont plus aucune importance. Concernant mes envies, j'avais surtout envie de découvrir tout ce que la Santé Publique avait à offrir, et un an plus tard je dirais que j'ai avancé dans cette mission mais que j'ai encore plein de choses à découvrir.

**Antoine** Au début, j'avais peur principalement d'une chose, de ne pas pouvoir faire tous les stages qui m'intéressaient ! Parce que l'abondance de stages, divers et variés, est juste hallucinante ! Il y en a pour tous les goûts et suffisamment pour ne jamais s'ennuyer !! Mes envies étaient de me confronter à un domaine nouveau, qui sorte du quotidien hospitalier et qui me permette de me challenger et travailler avec de nouvelles personnes issues d'univers différents ! Au bout d'un an j'arrive à me projeter plus facilement sur mes projets d'avenir et du coup je n'ai plus d'appréhension sur les choix des stages, je sais lesquels sont importants pour la suite de mon parcours et dans lesquels je sens que je m'épanouirai.

**Léonie** Très différent de la plupart des stages effectués au cours de l'externat, un semestre en Santé Publique représentait pour moi un pas vers l'inconnu : je ne savais pas comment était exercé le métier de médecin de Santé Publique, s'il allait correspondre à mes attentes, et si j'allais y trouver ma place. Après un an, je pense qu'avec un peu d'investissement, il est parfaitement accessible à tous ceux qui le souhaitent d'apprendre à manier les outils et subtilités de cette spécialité. Je craignais également d'être « moins utile » qu'en pratique conventionnelle. La suite m'enseignera que la Santé Publique est non seulement omniprésente, mais aussi, et surtout, indispensable à la médecine d'aujourd'hui et de demain.

**Lucie** En arrivant en Santé Publique, j'avais envie de prendre un peu de recul sur la médecine telle qu'on nous l'apprend et d'avoir une vision plus globale de la santé. La Santé Publique me semblait être le meilleur moyen d'avoir une vision d'ensemble de la santé, de prévenir les problèmes de santé et d'aller vers les populations les plus précaires. Mes principales appréhensions en début d'internat étaient de ne plus faire de clinique et de ne plus avoir de contact avec des patients. De manière générale je pense que, du fait de l'absence de stage ciblé dans ce domaine, l'entrée en Santé Publique est souvent un saut dans l'inconnu. D'un autre côté mes stages m'ont permis de découvrir de nombreux autres métiers en lien avec la santé, dont j'ignorais tout avant. J'espère dans le futur pouvoir exercer un métier qui me permettra de rester en contact avec des patients (santé sexuelle, médecine scolaire, ...). J'avais également peur de « perdre » toutes les connaissances apprises. Je me rends compte maintenant que la connaissance des pathologies, du fonctionnement de l'hôpital, et du contact avec les patients me sont d'une grande aide.

## QU'APPRÉCIES-TU PARTICULIÈREMENT APRÈS UN AN DANS CETTE SPÉ ?

**Léonie** La Santé Publique m'offre la possibilité de continuer à pratiquer la médecine, tout en l'appliquant à des champs différents de ceux dans lesquels j'avais l'habitude de l'exercer. J'utilise mes connaissances pour un nombre plus large de personnes, avec des enjeux notamment préventifs et de recherche, qui me donnent l'espoir d'agir vers une meilleure santé globale.

**Lucia** C'est une spécialité qui permet de développer tout type de compétences : les compétences médicales, bien-sûr, mais aussi la créativité, la gestion d'équipe, le regard critique et méthodologique, les compétences sociales... Elle permet d'avoir une vision globale de la santé et d'en échanger avec des acteurs très différents tels que d'autres professionnels de la santé, des politiciens, chercheurs, philosophes... Ceci donne une ouverture d'esprit incroyable et nous permet de mettre en œuvre les actions nécessaires pour que la santé puisse véritablement évoluer.

**Antoine** Je vois comme ça 3 choses que j'apprécie particulièrement. Déjà, je dirais la bienveillance dans les projets et l'environnement de travail, c'est un premier élément marquant pour moi. Ensuite, le temps pour soi, bien pratique pour apprendre et pour retrouver une vie sans le stress hospitalier du quotidien, et enfin la liberté de pouvoir développer le travail comme on le souhaite. Parce qu'il faut bien expliquer qu'un des nombreux avantages de cette spécialité est la grande liberté d'entrepreneuriat au sein des stages et du métier futur !

## QUELS MOMENTS MARQUANTS RAPPORTERIEZ-VOUS ? QUE RETENEZ-VOUS DE VOTRE ANNÉE ?

**Antoine** Je retiens principalement qu'il existe un autre monde que l'hôpital, qu'il existe d'autres façons de pratiquer la médecine et de consacrer sa vie pour le soin et la santé.

**Lucia** Je pense que les moments qui m'ont le plus marqué ont été les congrès : le SANI qui m'a permis de rencontrer la plupart d'internes de ma promo et de découvrir un peu plus en détail la Santé Publique, le CLISPro qu'on a organisé avec une équipe de rêve et qui m'a permis une première expérience d'organisation événementielle, et finalement le Spring Meeting d'EuroNet, avec des intervenants à couper le souffle et une ambiance internationale incroyable. Mon premier jour de stage et le jour où j'ai reçu la revue où mon premier article a été publié ont été aussi très marquants.

**Léonie** Ce qui me frappe en Santé Publique, c'est le travail indispensable d'équipe, où échange et collaboration sont au cœur du métier. De plus, les instants conviviaux sont de qualité, et je pense particulièrement au CNISP qui s'est tenu à Caen cette année. Il a été pour nous l'occasion d'assister à l'intervention de multiples acteurs de la discipline, et de tisser des liens avec nos co-internes venus de toute la France.

**Lucie** Les moments m'ayant les plus marqué lors de cette année sont les congrès du CLISP. La possibilité de rencontrer non seulement des experts dans leur domaine, mais aussi des internes venant de toutes les villes, avec chacun leur expérience particulière m'a énormément enrichie. De manière générale, le climat bienveillant et la liberté de choix de cette spécialité me plaisent beaucoup.

## AVEZ-VOUS VÉCU DES ÉCHÉANCES PARTICULIÈRES ?

**Léonie** Une des échéances à Lille est la Journée de Communication des Internes de Santé Publique, où chaque interne présente un de ses projets, réalisé au cours d'un stage, devant des acteurs de la discipline. A titre personnel, un autre enjeu attaché à mon projet de recherche concerne la rédaction d'un article, et le travail de préparation autour des communications orales notamment pour les congrès.

**Lucía** Pour faire un petit tour des moments importants pour les internes, je dirai : le SANI en début octobre 2021, les inscriptions à la fac de Lyon et au M1 Paris Saclay en fin octobre 2021, le MOOC d'introduction à R en septembre/octobre 2021 ou mars 2022, les examens de master en janvier et juin 2022 (rattrapages en mars et septembre), le CLISPro (séminaire professionnel organisé par les internes de santé publique) en avril 2022 et le CNISP (congrès national des internes de santé publique) en juin (même si ça risque de s'inverser cette année), le Spring Meeting en mai 2022 organisé par le réseau d'internes Européen Euronet-MRPH et puis la validation de la phase socle en septembre 2022.

**Antoine** On a effectivement la chance en santé publique d'avoir le SANI (séminaire d'accueil des nouveaux internes) qui se déroule au mois d'octobre et qui permet de rencontrer de nombreuses personnalités du monde de la santé publique comme la directrice de santé publique France ou même d'avoir une vidéo personnalisée du directeur général de la santé ! J'ai également eu la chance de participer à un congrès réunissant l'ensemble des acteurs travaillant sur l'article 51 (texte permettant les expérimentations et innovations dans le système de soins pour tester notamment de nouveaux modes d'organisation et de rémunération), sujet sur lequel je travaillais en premier semestre d'internat. Enfin, je citerai le fait de pouvoir participer à des réunions, dans le cadre du travail ou d'associations en santé publique, dans lesquelles de nombreuses personnes-clés de la santé étaient présentes que ce soit de France ou d'Europe.

## QUEL(S) CHAMP(S) DISCIPLINAIRE(S) VOUS DONNE ENVIE DE L'APPROFONDIR ? QUELLES ENVIES POUR LA SUITE ?

**Lucie** De nombreux domaines m'intéressent, de la littérature en santé aux inégalités sociales en passant par la santé sexuelle. J'aimerais beaucoup profiter de l'internat pour faire un stage à l'étranger, ainsi qu'ouvrir un stage dans le journalisme médical. J'ai également quelques idées de formations complémentaires approfondir mes connaissances dans les domaines qui m'intéressent.

**Léonie** J'ai effectué mes deux stages de phase socle en épidémiologie à l'Institut Pasteur de Lille. Pour moi, la suite sera probablement d'explorer d'autres champs de la Santé Publique. L'objectif serait de profiter de mon internat pour maximiser mes chances de découvertes, afin de trouver le domaine dans lequel je serai le plus épanouie et où je saurais le plus mettre à profit les compétences que j'aurais acquises.

**Antoine** Actuellement j'ai fait 1 stage en administration de la santé et puis 1 autre en recherche clinique et épidémiologie quantitative. Ce que je souhaite approfondir c'est l'aspect modélisations mathématiques de l'épidémiologie ainsi que la recherche clinique et toutes ses ramifications. J'ai envie de continuer à me surpasser et me surprendre à travers mes stages et les projets que j'ambitionne.

**Lucía** Je suis sûre que je voudrais aller vers un environnement international. Je trouve que la santé ne peut être qu'internationale et qu'elle doit impérativement tenir compte des frontières de façon intégrative et non pas de façon limitante ou tranchante. Le monde est un seul, et les maladies ne tiennent souvent pas compte de nos petites lignes dessinées sur les cartes, d'autant moins avec l'évolution vers la globalisation du monde actuel. Plusieurs thématiques m'intéressent également : la Prévention et Promotion de la Santé, la Santé Environnement, les Politiques de Santé... Mais j'ai encore beaucoup de choses à découvrir !

## POUR TERMINER, QUELS CONSEILS DONNERIEZ-VOUS POUR UNE PREMIÈRE ANNÉE ?

**Lucía** N'aie pas peur de demander ! À ton maître de stage, à tes co-internes, à des internes que tu ne connais pas, au syndicat de ta ville, aux présidents des grands organismes... Aucune question n'est bête, et c'est qu'en demandant qu'on a des réponses, qu'on apprend et qu'on avance. Ose et amuse-toi !

**Lucie** La première année peut être assez stressante, la Santé Publique étant très différente de tout ce qu'on a vu avant. Mon conseil serait de ne pas hésiter à parler avec des internes plus vieux et des autres subdivisions, afin des trouver des gens qui ont les mêmes centres d'intérêts, qui se sont posé les mêmes questions et qui y ont apporté des réponses. La Santé Publique comprend de nombreux domaines tous très différents, il suffit juste de trouver le sien !

**Antoine** Les conseils que je pourrais donner à un interne de première année seraient d'être proactif, d'être curieux, d'être investi dans pleins de projets qui ouvrent la possibilité de rencontrer pleins de nouvelles personnes super intéressantes ! Et puis oser ! Oser contacter des gens, oser innover, oser taper à des portes et franchir des bureaux qu'on n'aurait jamais imaginé accessibles, et je vous jure que c'est quelque chose de possible

**Léonie** Si le travail en autonomie est nécessaire, afin d'acquérir les compétences utiles à la pratique quotidienne, le travail d'équipe est un outil indispensable qu'il serait dommage de négliger. Il ne faut pas hésiter à oser demander, s'intéresser, découvrir. Selon moi, le plus important est d'être motivé et ouvert à toutes les opportunités. La Santé Publique fourmille de possibilités, chaque carrière est différente, et adaptable à ses aspirations. Il incombe à chacun d'y tracer son propre chemin.



# BOÎTE À OUTILS

## Ressources utiles pour démarrer (ou approfondir !) en santé publique

### DOCUMENTATION – GESTION DE BIBLIOGRAPHIE

- Pubmed  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Cairn info  
<https://www.cairn.info/>
- Zotero
- Endnote
- Mendeley
- Google scholar (littérature grise)

### CRÉATION DE CONTENU - CORRECTION

- Canva
- TheNounProject : icônes, visuels, photos libres de droit
- Pexels : photos et vidéos libres de droit  
<https://www.pexels.com/fr-fr/>
- Grammarly : Correction de l'anglais

### RESSOURCES SUR LA PROGRAMMATION :

#### R :

- Analyse R + webin R  
<https://larmarange.github.io/analyse-R/>
- Delladata  
<https://delladata.fr/blog/>
- MOOC Falissard  
<https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/introduction-a-la-statistique-avec-r/>
- Stack overflow :  
forum d'entraide (en anglais)
- Help sur R

#### SAS :

- Cours initiation à SAS :  
<http://cedric.cnam.fr/~saporta/Cours%20SAS%20v2.pdf>
- Tutorial point, apprendre les bases de SAS:  
<https://www.tutorialspoint.com/sas/index.htm>
- <https://communities.sas.com/>

#### STATA :

- Tutoriels, cours et séminaires sur le site de l'UCLA: <https://stats.oarc.ucla.edu/stata/>



### RESSOURCES SUR L'INTERNAT : (responsable subdivision, site du clisp, des assos locales)

- Clisp.fr : tous les liens vers les assos locales y sont
- Newsletter du clisp
- Annuaire des internes

### RECHERCHE QUALITATIVE:

- L'entretien de recherche qualitatif, 2<sup>e</sup> édition: Théorie et pratique : Livre de Gérald Boutin
- Utilisation de NVIVO : Analyse qualitative assistée par NVIVO, HALSHS, 2019

### RÉDACTION D'ARTICLE :

- critères STROBE (études observationnelles)
- CONSORT (essais cliniques)
- PRISMA (méta analyses)
- Réseau EQUATOR (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) qui promeut l'amélioration de la qualité et de la transparence de la recherche en santé

# FOCUS SUR LE MONKEYPOX

**La variole du singe, autrement appelée monkeypox, est une maladie causée par un orthopoxvirus, structurellement proche du virus de la variole (maladie déclarée comme éradiquée par l'OMS en 1980).**

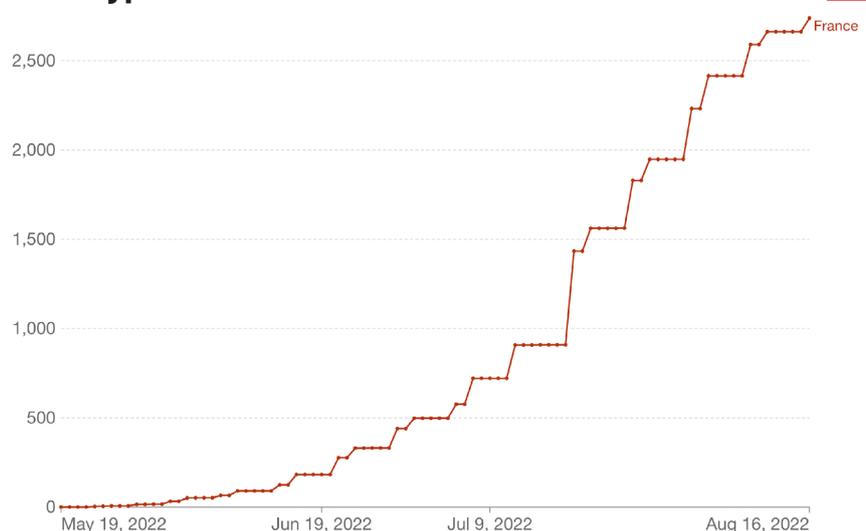
Il existe deux souches distinctes de la variole du singe, une souche provenant du bassin du Congo, la plus virulente, et une souche ouest-africaine, moins virulente qui circule actuellement en France(1). Sa découverte date de 1958 au Danemark, dans un laboratoire de recherche, sur des singes présentant des signes d'infection similaires à la variole. Ce virus a alors été appelé « monkeypox » malgré le fait que le réservoir soit encore inconnu. A ce jour, l'hypothèse principale serait un réservoir chez les petits rongeurs (écureuils) des forêts tropicales d'Afrique.

Le premier cas confirmé chez l'Homme date de 1970, chez un enfant en République Démocratique du Congo. Ce premier cas a été suivi d'épidémies successives, s'étendant progressivement aux pays voisins. La transmission inter humaine

est majoritairement par contact direct avec les lésions d'une personne infectée (2), elle peut aussi se transmettre via gouttelettes après un temps long et prolongé face à face (approximativement 3h). L'augmentation des cas après les années 2000 pourrait s'expliquer par la baisse de la couverture vaccinale des populations contre la variole, vaccination drastiquement réduite après 1980 (3). Dans les pays d'Afrique où le virus circule activement, le taux de létalité s'approcherait de 10%. Les personnes les plus à risques sont les groupes d'âge les plus jeunes, les femmes enceintes, et les personnes immunodéprimées.

Jusqu'à 2022, les cas de variole du singe étaient directement en lien avec un voyage en Afrique ou avec des animaux en provenance d'Afrique. Le premier cas en France a été détecté en mai 2022, depuis, sa progression suit une courbe exponentielle. Au 18 août 2022, 2 889 cas confirmés ont été recensés en France : 1 692 cas en Ile-de-France, 251 cas en Occitanie, 217 cas en Auvergne-Rhône-Alpes (4). L'âge médian des cas adultes est de 36 ans ; 25% ont moins de 30 ans et 25% ont de 43 à 77 ans. Parmi l'ensemble des cas, 28 sont des adultes de sexe féminin et 2 sont des enfants (4). Aucun décès n'a été déclaré à ce jour en France.

**Monkeypox: Cumulative confirmed cases**



Source: Data produced by the 'Global.health' team - available at [github.com/globaldothealth/monkeypox](https://github.com/globaldothealth/monkeypox)

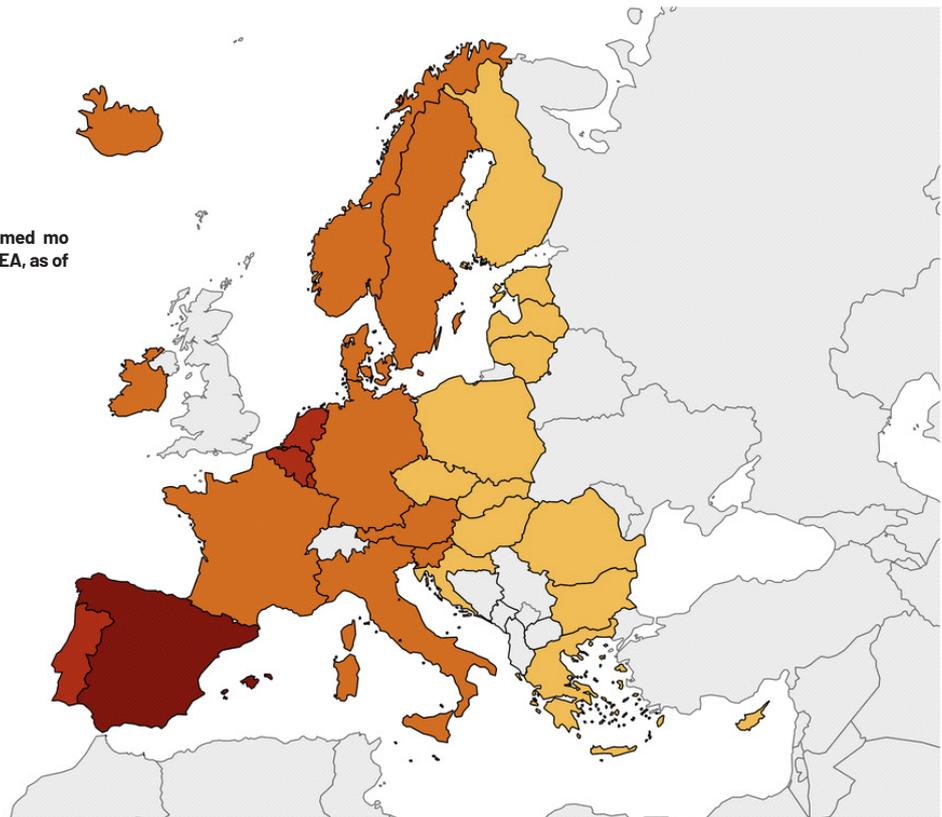
CCBY

**Geographical distribution of confirmed mo per 1 000 000 population in the EU/EEA, as of 18 Aug 2022**

- ≥100 cases per 1 000 000
- 50-99 cases per 1 000 000
- 10-49 cases per 1 000 000
- < 10 cases per 1 000 000
- No reported cases
- Not included

Countries not visible in the main map extent

- Malta
- Liechtenstein



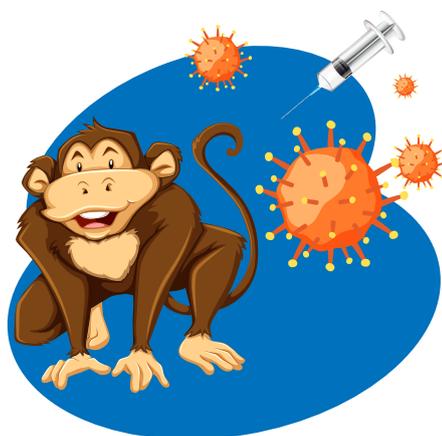
Administration boundaries: ©Eurographics

The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the European Union. ECDC. Map produced on 19 Aug 2022

La symptomatologie de la variole du singe est variée (6). L'incubation varie entre 7 et 14 jours et peut atteindre jusqu'à 21 jours. Le syndrome grippal peut être le premier et seul signe de l'infection (fièvre, céphalées, myalgies, odynophagie) à la phase d'invasion. La phase d'état survient 2 à 3 jours ensuite, caractérisée par une éruption vésiculeuse douloureuse et prurigineuse, pouvant atteindre la totalité du corps de l'individu (peau et muqueuses incluses), associée à des adénopathies volumineuses et douloureuses à proximité des lésions. Les localisations sont en lien avec le mode de contamination, les lésions génitales et anales sont alors plus fréquentes après une contamination lors d'un rapport sexuel. La variole du singe n'est pas considérée comme une maladie sexuellement transmissible (malgré le fait que le virus ait été isolé dans le liquide séminal jusqu'à 2 mois après le diagnostic, la contamination à partir de celui-ci n'a pas été démontrée à l'heure actuelle). La maladie guérit spontanément au bout de 2 à 3 semaines, voire 4 semaines.

La prise en charge thérapeutique reste majoritairement symptomatique. Les antalgiques de seconde classe peuvent être prescrits rapidement en raison de l'intensité des douleurs souvent modérées à sévères. En cas de forme grave ou de risque de forme grave (patient immunodéprimé, enfant), un traitement antiviral peut être prescrit, le tecovirimat en première intention. Ce traitement est réservé aux établissements et centres de santé prenant en charge les patients atteints de la variole du singe. Par ailleurs, des immunoglobulines anti vaccine peuvent être prescrites en cas de contre indication au traitement antiviral, comme chez les femmes enceintes ou les enfants de moins de 13 ans.

Actuellement en France la prévention repose sur l'isolement des personnes malades, la vaccination antivariolique des cas contacts (vaccination dite en anneau) et des populations les plus à risque à ce jour : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les personnes transgenre multi partenaires, les travailleuses et travailleurs du sexe, ainsi que les personnes travaillant dans des lieux de consommation sexuelle (7). Aujourd'hui, 172 lieux de vaccination sont recensés sur le site [santé.fr](http://santé.fr) (16/08/2022), le site est régulièrement mis à jour. Depuis le 10 août 2022 cinq pharmacies de 3 régions (PACA, Ile de France, Hauts de France) participent à une expérimentation sur quinze jours. Celle-ci consiste à tester la faisabilité logistique de la vaccination. En effet, les doses doivent être conservées à -80°C puis après décongélation les vaccins doivent être conservés entre 2 et 8°C pour être utilisés dans les 15 jours (8).



La circulation active de ce virus au sein des HSH soulève plusieurs questions. La variole du singe est-elle suspectée et diagnostiquée de la même manière selon l'orientation sexuelle ? Une nouvelle épidémie démarrant dans cette population peut-elle entraver les efforts réalisés lors de la crise précédente ? L'ONUSIDA « alerte sur la rhétorique stigmatisante qui met en péril la santé publique » le 22 mai 2022, rappelant la nécessité d'adopter une « approche fondée sur les droits et les données probantes [permettant d'éviter toute] stigmatisation. » (9).

Le 23 juillet 2022, la variole du singe a été déclarée comme urgence de santé publique par le directeur de l'OMS, il s'agit de la 7e déclaration réalisée depuis 2005 (grippe H1N1 en 2009, la poliomyélite en 2014, le virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 puis en République Démocratique du Congo en 2019, le virus Zika en 2016)(10). L'ensemble de ces mesures permettront-elles d'enrayer cette épidémie ?

Depuis mai 2022, je suis en stage dans le service de santé publique à l'hôpital Fernand Widal. Ce service comporte un CeGIDD, Centre Gratuit d'Information, Diagnostic et Dépistage, au sein duquel je réalise des consultations de dépistage.

J'ai donc pu observer la progression de l'épidémie au sein de notre service avec une multiplication des patients venant consulter pour des lésions génitales et anales diverses et variées. Une difficulté à la fois diagnostique et logistique se posait alors, qui tester (quelles lésions étaient évocatrices?), comment tester (quel prélèvement réaliser et où, à quel laboratoire devons-nous l'adresser?), quelles mesures adopter pour protéger le personnel et les autres patients ? La gestion fut aidée de l'expérience acquise lors de la crise Covid19, le port du masque est obligatoire en établissement hospitalier, le nettoyage des mains et des surfaces réalisés régulièrement permettent une protection des patients et professionnels. Suivre l'évolution épidémiologique nationale, dépister, diagnostiquer, traiter, rassurer et informer les patients venant nous consulter, tout en mettant à jour ses propres connaissances au fil du temps par l'intermédiaire d'une veille scientifique fut pour moi une expérience stimulante et enrichissante.

**Elena MADEC**  
ISP à Paris

#### Bibliographie

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/monkeypox/article/monkeypox-informations-pour-les-professionnels-de-sante>

(2) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35952705/>

(3) <https://www.msmanuals.com/fr/professional/maladies-infectieuses/virus-de-la-variole/monkey-pox-variole-simienne>

(4) <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/cas-de-variole-du-singe-point-de-situation-au-11-aout-2022#block-461127>

(5) <https://www.ecdc.europa.eu/en/monkeypox-outbreak>

(6) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35948973/>

(7) <https://theconversation.com/mva-imvanex-les-atouts-dun-vieux-vaccin-antivariolique-contre-la-variole-du-singe-188097>

(8) <https://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Monkeypox-lancement-d-une-experimentation-de-la-vaccination-en-officine-dans-trois-regions>

(9) [https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220522\\_PR\\_Monkeypox](https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220522_PR_Monkeypox)

(10) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9342918/>



## - DOSSIER -

---

# Refonte de la santé publique : état des lieux et perspectives



# AU CŒUR DE LA MISSION DE REFONTE AVEC L'UN DES CONTRIBUTEURS AU RAPPORT CHAUVIN.

*Interview du Docteur Sylvain Gautier.*

*Propos recueillis par Pol Prévot-Monsacré, ISP à Paris*



**Dr Sylvain Gautier**

**Pol Prévot-Monsacré** **Pouvez-vous nous décrire votre parcours et votre poste actuel ?**

**Sylvain Gautier** J'ai fait mon internat de santé publique à Paris jusqu'en 2019 au cours duquel j'ai eu l'occasion de faire pas mal de choses. J'ai fait deux masters 2, celui de Bruno Falissard de méthodologie et biostatistiques en recherches biomédicales dans un premier temps, puis j'ai fait un diplôme universitaire de droit de la santé avant d'embrancher sur un master en politique publique en

santé et droit de la santé réalisé en co-habilitation entre Paris Descartes et Sciences Po.

J'ai aussi pas mal œuvré pour les internes, que ce soit dans la spécialité en étant président du SPI (association des internes de santé publique d'Ile-De-France) et du CLiSP, mais aussi à l'extérieur puisque j'ai également été secrétaire général de l'InterSyndicale Nationale des Internes et vice-président du syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris.

Je me suis spécialisé au cours de mon internat autour des thématiques de prévention et d'organisation des soins, en particulier sur la ressource humaine en santé puisque j'ai notamment fait pendant un an un stage à l'Observatoire National des Professions de Santé stage sur la question de l'articulation de plusieurs professions amenées à traiter de la médecine polyvalente à l'hôpital (en l'occurrence la médecine interne, la gériatrie et les médecins généralistes polyvalents de l'hôpital). Et j'ai fait ma thèse sur les communautés professionnelles territoriales de santé, très axée soins primaires et organisation des soins, qui sont restées mes 2 thématiques d'appétence.

Et aujourd'hui, je suis encore assistant hospitalo-universitaire mais je devrais être nommé praticien hospitalier universitaire début septembre. J'ai donc à la fois une activité de recherche et d'enseignement et une activité hospitalière de santé publique dans le département hospitalier de santé publique de Garches, dirigé par le professeur Josseran. Sur la partie recherche, je suis rattaché à l'équipe soins primaires et prévention, sujets que je continue également de travailler dans le cadre de ma thèse de sciences et au cours des enseignements que je dispense en master et dans le cadre du service sanitaire des étudiants en santé.

**PPM** **Comment en êtes-vous venu à participer à la mission de refonte de la santé publique portée par le Professeur Franck Chauvin ? Pouvez-vous décrire la contribution que vous avez eue à cette mission ?**

**SG** Le professeur Franck Chauvin, quand il a été missionné par le ministre de la santé Olivier Véran de redessiner la santé publique, il a souhaité très tôt s'entourer d'un collège d'experts pluridisciplinaires du champ de la santé publique. Pas seulement de médecins mais également de sociologues, d'éthiciens, de professionnels du champ infirmier, etc... Et il était à la recherche en particulier de plusieurs universitaires en santé publique, étant en même temps convaincu qu'il s'agissait pour lui de tracer les lignes de l'avenir de la santé et qu'il était préférable que dans le cadre du groupe qui devait l'accompagner, le « collègue » de la mission devait être le plus possible teinté de jeunes professionnels. C'est pour cette raison qu'il m'a contacté pour rejoindre le collège, connaissant déjà mon parcours pour avoir eu l'occasion d'échanger ensemble notamment dans le cadre d'une audition du CLiSP (sur la place des offreurs de soins dans le champ de la prévention) par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) en 2018, dont il était déjà président. Cette sollicitation constituait pour moi une opportunité intéressante de me pencher davantage sur des sujets qui me tiennent à cœur (en particulier la prévention, à l'organisation territoriale du système de santé), mais aussi d'autres thématiques un peu plus éloignées de mes préoccupations (l'expertise en santé, la recherche sous l'angle de sa gouvernance et organisationnel, les sujets de santé mondiale ou la veille et sécurité sanitaire).

La mission s'est constituée assez tôt en juin 2021 avec des réunions pour des sessions de travail « de chambre » (un travail entre membres du collège au cours de plusieurs séminaires en journée au ministère de la santé) et la mise en place d'auditions à partir d'août 2021, à raison de plusieurs par semaine, dans le but de balayer autant que possible les champs de la santé publique. Les personnes auditionnées étaient donc très variées : étaient entendus des professionnels issus de l'institution, les fédérations hospitalières, les représentants des praticiens ambulatoires (médecine générale, mais aussi infirmière ASALEE, kinésithérapeutes, professionnels de santé de ville) mais également des acteurs presque « hors champ », plus proches du social, avec un éclairage différent et complémentaire sur les principaux champs abordés.

En parallèle s'est monté un groupe « miroir », constitué d'autres professionnels de santé, qui étaient censés venir réagir aux propositions formulées par le collège et apporter de la réflexivité. Il nous avait été demandé de dresser chacun un certain nombre d'idées, mis au pot commun, discutées et débattues, retenues ou non. Le groupe s'est prononcé in fine sur le rapport tel qu'il était envisagé. Sur la base de leur retour a été rédigé un article publié dans la Revue de Santé Publique (1) sous la plume de Linda Cambon, la responsable du groupe miroir.

Finalement, la méthode suivie a été celle du HCSP. C'est-à-dire qu'on est en général dans cette situation, avec la nécessité d'instruire le sujet pour répondre à une lettre de mission qui fixait certaines orientations et objectifs et qui a servi de socle pour identifier les grands axes d'instruction de la refonte.

Cette demande émanant du ministère de la santé vient suite à la publication du rapport Pittet [Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques, accessible en ligne sur le site vie publique] qui posait des constats et proposait un certain nombre de recommandations parfois imparfaitement adaptées aux réalités du système de santé Français. Il y avait notamment été un temps question d'un rapprochement le HCSP et la Haute Autorité de Santé, alors même qu'il s'agit de deux entités complètement différentes n'ayant pas vocation à intervenir en conseil de la puissance publique à la même échelle et sur les mêmes questions.

**PPM** La sélection des personnes auditionnées de ce rapport a d'ailleurs cristallisé beaucoup d'enjeux politiques et a été au centre de l'attention à la suite du COVID...

**SG** Un autre phénomène peut à mon sens expliquer la tension qui a pu naître au sein du monde de la santé publique (au sens large) autour du rapport : il avait été annoncé pendant un temps par le ministre la santé un Ségur de la santé publique à la suite du Ségur de la santé pour réformer le système de santé publique dans son ensemble. Un certain nombre de parties prenantes, dont la société Française de santé publique (SFSP) (dont je suis par ailleurs l'un des administrateurs), ont pu démarrer une réflexion sur plusieurs sujets en pensant apporter leur contribution au Ségur annoncé. Or, ce Ségur s'est transformé en rapport de refonte, avec en plus différentes contraintes fortes : il fallait réaliser ce travail dans le respect de tous et en même temps se tenir au cadre de la lettre de mission du ministre et donc produire une réponse dans un périmètre donné, ne pouvant prendre la forme d'un grand débat. Même si on a pu recevoir des contributions diverses et variées, les personnes intéressées pouvaient prendre la plume et nous écrire.

La temporalité est l'autre contrainte majeure qu'il convient de souligner. La mission a été commandée en mai 2021. Avec un démarrage effectif du travail dans les conditions voulues en juillet, il ne restait que 4 mois jusqu'à novembre (la date butoir annoncée) chevauchant en partie la période estivale. Et ce parallèlement, pour un certain nombre des professionnels de la commission, de la poursuite des activités liées à leur poste habituel.

**PPM** Avec quelques mois de recul, quel regard portes-tu sur ce rapport ? Quels points forts retiens-tu ?

**SG** Le rapport en lui-même a permis plusieurs choses. Déjà, de faire une espèce de synthèse. Certains diront une synthèse un peu patchwork et hétérogène, sans réelle vision, mais le délai très contraint n'a pas facilité les choses sur ce point. C'est un rapport qui a permis, à mon sens, de dresser un bilan de pistes, certaines déjà connues de longue date pour améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé publique en France. Le rapport a le mérite d'avoir posé un ensemble de constats en santé publique et derrière de rappeler quelles étaient les principales solutions qu'on pouvait esquisser. Et de ce point de vue, je crois que c'est vraiment salutaire. Ce d'autant que sur la quarantaine de propositions réparties autour de dix chantiers majeurs, on trouve un certain

nombre de nouveautés. La volonté de promouvoir une culture de la santé publique et de s'attaquer véritablement au développement de la littératie en santé avec un grand plan de littératie, c'est quand même assez novateur.

Dans l'autre champ qui me touche directement, on a voulu clarifier l'organisation territoriale de la santé publique, particulièrement morcelée aujourd'hui avec des acteurs divers (associatifs, institutionnels) ayant une légitimité issue du national mais régionalisé et également une légitimité plus locale.

Ce point a d'ailleurs été une des difficultés rencontrées :

**compte tenu que la commande émanait de l'Etat suite à une crise sanitaire majeure dévoilant la défaillance d'un certain nombre de systèmes d'observation, de prise de décisions et de gestion de crise au niveau national, il était attendu que la réponse de la mission soit une réponse très globale et nationale, quitte à paraître parfois sous certains traits descendante ou « top-down ».**

Là où d'autres auraient préféré (et c'est aussi ce qui aurait été mon souhait spontanément) une position plus bottom-up partant des territoires et ascensionnant le système par l'envers, par les territoires.

**Concilier démocratie parlementaire à l'échelon de l'Etat et démocratie locale, c'est un peu la quadrature du cercle en santé publique.**

. Doit-on partir du haut pour descendre vers le bas ou du bas pour monter vers le haut, c'est toujours compliqué. Et la manière dont on rédige le rapport va imprimer une marque qui peut apparaître parfois comme déconnectée de certaines réalités locales, ou interprétée comme telle même si ce n'était vraiment pas notre souhait. C'est un regret qu'on peut avoir vis-à-vis de ce rapport.

Pour le reste, il remplit à mon sens une bonne partie de ses fonctions. La question derrière ce type de rapport étant « quelle déclinaison politique en fait-on ? ». Est-ce que certaines mesures audacieuses se concrétiseront ? Je pense en particulier à la constitution de groupement d'agences institutionnelles pour effectivement réussir à distinguer ce qui relève du soin de ce qui relève de la santé publique (au sens prévention notamment du terme), est-ce que cela verra le jour ou pas ? C'est une vraie question. Est-ce que le directeur générale de la santé va évoluer ou pas vers des profils à responsabilités interministérielles ? Ces questions ont été posées, les enjeux en ont été rappelés mais la décision est dans les mains du politique. Le rapport était destiné à Olivier Véran qui n'est plus ministre de la santé, le rapport lui étant destiné, la question de ce qui va advenir des mesures proposées se pose.

**PPM** Vous apportez déjà quelques pistes de réponse, mais j'allais vous demander quelles retombées concrètes peut-on raisonnablement attendre de ce type de rapport ? Quelles perspectives imminentes sous cette nouvelle investiture ministérielle ?

**SG** Il s'avère que le ministre actuel de la santé est aussi celui de la prévention. Donc j'imagine qu'il y a un enjeu fort sur ces questions. Le rapport le rappelle tout à fait justement : la France se distingue singulièrement des pays de l'OCDE par le fait qu'elle ait une espérance de vie relativement élevée mais une espérance de vie en bonne santé plutôt mauvaise. Ce constat découle notamment du fait d'une mortalité prématurée liée à un ensemble de facteurs, en particulier à des habitudes de vie et de consommation (tabac, alcool, comportements alimentaires et activité physique). Elle accumule ainsi un retard en comparaison d'autres pays occidentaux. L'idée serait donc d'améliorer l'espérance de vie, certes, mais en bonne santé. Et pour ce faire, il n'y a pas une infinité de solutions... Il faut réglementer, ce qui relève du rôle du gouvernement. Il faut être en mesure de légiférer sur un certain nombre de points essentiels : la question du prix du paquet de cigarettes, les taxes sur l'alcool, le respect

des lois en vigueur, la loi Evin en particulier. Etre capable de réfléchir à des approches en santé publique qui soient plus intégrées, qui ne soient pas qu'universelles mais aussi dans une logique d'universalisme proportionnée. Encore plus dans un système de santé comme le nôtre qui présente énormément d'inégalités sociales et territoriales qui doivent être résorbées.

Il y a également à mon sens un deuxième enjeu majeur, sur lequel le rapport passe plus vite (mais on ne l'attendait pas sur cette question non plus) : c'est celui de la transformation du système, non pas par le haut ou par la population, mais aussi par les professionnels de santé du système. Ce point nécessite une vraie acculturation, de formation initiale bien sûr mais aussi continue, de responsabilisation des professionnels notamment de soins primaires dans le champ de la santé publique. Pour pouvoir être capable de distinguer ce qui relève des prérogatives des acteurs du soin pour faire de la santé publique, de la prévention et ce qui relève de prérogatives de professionnels de la santé publique, placés aux côtés des professionnels du soin primaire entre autres. Des pistes avaient été dressées par un précédent rapport du HCSP, mais il faudrait aller plus loin.

Quelle(s) incitation(s) collective(s) envisager pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques ? Comment favoriser la prise en compte des habitudes de vie néfastes et comment intégrer cette question dans des prises en charge au long cours ? Comment faire de la prévention concrète dans les territoires ? Tout cela a été assez peu traité et en même temps, c'est compliqué par l'intermédiaire d'un rapport national limité dans le temps d'imposer une vue unique.

En tout cas, il y a l'enjeu derrière de « l'évidence », de la production de connaissances en santé publique qui soient assises scientifiquement. Il a été proposé dans le rapport de créer des instituts régionaux de santé publique de santé publique, agréant à elles expertise, formation et production de connaissances, à l'image de ce qui a été fait en Amérique du Nord, des instituts qui seraient thématiques vers lesquelles se tourneraient les instances publiques locales (les ARS par exemple, mais aussi la population ou les institutionnels plus nationaux). Le but étant d'améliorer la qualité de la recherche par une synergie des équipes, des moyens ad hoc renforcés et plus ciblés. C'est un véritable chantier, mais nécessaire pour améliorer l'action publique en santé publique ; qui doit être probante, fondée sur des preuves et des méthodes éprouvées.

**PPM** Abordons un sujet peut-être davantage tourné directement vers les internes : le rapport aborde tout le champ de la formation, vous l'avez évoqué, le renforcement de la qualification des professionnels de santé publique. Quel est votre avis sur les propositions émises ?

**SG** Je crois qu'il y a un préalable à avoir en tête : la santé publique est un champ pluridisciplinaire, pluri-professionnel, qui appartient à tout le monde et peut-être davantage aux individus qu'aux professionnels de santé. Ensuite, il ne faut pas avoir peur, notamment en tant qu'interne ou jeune médecin de santé publique, que d'autres professionnels que nous-mêmes fassions de la santé publique. Je ne crois pas que ce soit problématique. Au contraire, il faut que la santé publique soit plus largement et communément enseignée et admise. Cela relève d'une responsabilité de tout acteur intervenant dans le monde de la santé, du social que d'essayer de comprendre le système. Cela étant dit, il est indubitable que les médecins de santé publique (MSP) ont une singularité de vue et une manière de faire de la santé publique qui leur est propre. C'est lié en partie à leur formation, qui part du lit du malade qui va jusqu'au ministère de la santé pendant l'internat et les stages qui sont réalisés. Ce passage de l'individu au collectif qu'on réalise, ainsi que cette connaissance approfondie des acteurs nous permet d'agir en santé publique, avec d'autres, mais de façon spécifique.

Le rapport préconise d'avancer vers des formations qualifiantes et diplômantes dans les différents corps de la santé (pharmaciens, dentistes, kinés, sages-femmes, etc...). Il est nécessaire que parmi ces corps, certains se dédient à la santé publique. L'écueil serait de considérer que tous ces professionnels font la même santé publique. Ce n'est pas le cas car précisément ils sont issus de corps professionnels différents et ont une lecture du système, une connaissance empirique des individus différents. Là-dessus, conservons à l'esprit qu'ensemble on est plus forts mais soyons vigilants et gardons-nous d'un mélange des genres qui ne ferait qu'atténuer les identités professionnelles uniques et si importantes de chacun.

Pour résumer, il faut continuer à plaider pour la singularité de vue des MSP, mais ne pas considérer qu'on est les seuls dans le champ ni qu'on n'est pas forcément les plus pertinents à intervenir sur tous les sujets. En revanche, je suis convaincu qu'il n'y a rien de mieux qu'un MSP pour s'adresser à d'autres médecins.

**Merci pour ces réponses très claires. J'avais aussi lu une interview de François Bourdillon à propos des angles morts du rapport Chauvin, à propos de la promotion de la santé par exemple ou les fonctions d'inspection. Pourrais-tu rebondir là-dessus ?**

En effet, il insistait fortement sur le fait qu'il manquait de la prévention.

**Je préfère cependant parler des préventions, puisque c'est pluriel.**

Il y a autant la promotion de la santé, que la prévention primaire, que le dépistage mais aussi la prévention tertiaire et de la fin de vie. Le sujet est très large. En revanche, en échangeant avec François Bourdillon, il n'a pas tort en disant que notre système de santé reste cloisonné dans la logique des ordonnances Juppé de 1996. On reste dans une préoccupation systématique pour le financement du système et de la prise en charge des maladies. Le préventif cède devant le curatif ; il est urgent d'augmenter la part allouée à la prévention institutionnelle.

On peut noter aussi le rôle de Santé Publique France dans le champ de la prévention. Pour moi, il est pertinent d'avoir la veille sanitaire, la surveillance et l'action préventive imbriquées.

Concernant les fonctions d'inspection, nous avons pu voir avec les incidents liés à l'alimentation ces derniers temps (pizzas, chocolat...), qu'il y a eu un probable défaut du système de surveillance dans la période COVID, qui s'est traduit par des conséquences sur l'industrie agroalimentaire.

Il y a aussi des enjeux au niveau des ARS : il est important d'avoir plus de personnels formés et mieux formés. Les professionnels du champ de la santé publique, souvent issus du monde associatif, nous disent que les emplois en santé publique sont souvent en CDD, difficilement renouvelés, accompagnés d'une stabilité financière assez précaire. Construire un système de santé publique avec des professionnels en précarité, c'est forcément compliqué, cela ne stimule pas la volonté des professionnels de continuer à œuvrer. Il peut y avoir un découragement quand les rémunérations ne sont pas au rendez-vous.

Un des enjeux du ministre de la santé actuel, qui est urgentiste, donc à la frontière entre l'hôpital et la ville, est de trouver la place pour la prévention dans le futur. Que fait-on demain, s'oriente-t-on vers un système de santé qui met l'accent sur la prévention, compte tenu de tout ce qu'on sait, ce qui signifie dégager des points de PIB pour ce besoin-là ? Ou au contraire, on continue comme on fait actuellement, sans pensée systémique. Il y a des contingences de court terme qui empêchent les actions à long terme.

Peut-être pourrait-t-on avoir une plus nette imbrication entre ce qui relève de l'amélioration des conditions de vie générales, la préoccupation de l'environnement et de la faune et flore. Cela a été tenté avec le concept « one health », mentionné dans le rapport. L'écologie doit venir en renfort à l'amélioration des conditions de vie.

**PPM** Pour finir, Quels messages souhaiterais-tu faire passer aux nouveaux internes, dans le cadre de cette refonte de la santé publique qui vise des changements ambitieux ?

**SG**

**Le premier message, soyez curieux, allez partout où vous avez l'intuition qu'il est bon d'aller.**

Par essence, c'est multidisciplinaire, la santé publique est mouvante, son périmètre n'est pas statique. Ses composantes évoluent, il faut être en permanence à la pointe des nouveaux sujets d'innovations...par exemple quand j'ai commencé l'internat, les datasciences et la promotion de la santé étaient à leurs débuts. Assister à des conférences, à des séminaires. Aujourd'hui des MSP font carrière dans le domaine de la donnée massive et de la datascience !

Le deuxième message, pour des jeunes internes de santé publique, est qu'ils doivent garder à l'esprit qu'on ne peut pas se former correctement si on reste prisonnier du système de soin ou si on se rend prisonnier dans le système politique. Il est bon de se former à la sphère professionnelle de la santé publique, autant qu'à la sphère administration de santé. On doit faire l'un ET l'autre.

Quand je suis arrivée à l'internat, on devait rentrer dans la case « quanti » ou « quali ». J'ai fait une thèse qualitative, avec pas mal de quantitatif aussi durant mes stages.

Tous les MSP ne finissent pas professeurs de santé publique, la richesse de l'internat et l'intérêt derrière pour le système est d'avoir des MSP formés dans les deux sphères. Pour moi, il faut passer dans des centres de recherche épidémiologique, des administrations (ARS, ministère...)

La phase socle doit être une année de papillonnage, on peut par exemple s'inscrire en parallèle à des cours de philosophie, explorer par des lectures et se les partager nos lectures...on peut s'émuler ensemble, dans des promos réduites au sein desquelles il est facile de bien se connaître les uns les autres.

**Merci beaucoup pour cette interview enrichissante !**

---

*Cambon, L., Castel, P., Couteron, J., El Ghazi, L., Gerbaud, L., Girard, V. & Satilmis, L. (2022). Passer d'une politique de santé publique à une santé publique politique : proposition du groupe miroir pour un virage paradigmatique. Santé Publique, 34, 5-8. <https://doi.org/10.3917/spub.221.0005>*

# DESSINER LA SANTÉ PUBLIQUE DE DEMAIN : POINT DE VUE DU PROFESSEUR PIERRE LOMBRIL

*Entretien avec le professeur Pierre Lombrail.*

*Propos recueillis par Pol Prévot-Monsacré, ISP à Paris*



**Pr Pierre Lombrail**

**Pol Prévot-Monsacré** **Pouvez-vous vous présenter succinctement en décrivant votre parcours et votre poste actuel ?**

**Pierre Lombrail** Oui, c'est toujours important de préciser le point de vue depuis lequel on s'exprime. Je suis un « vieux cheval », officiellement professeur émérite de santé publique à partir de septembre. Je fais partie de la vieille génération des médecins de santé publique qui n'ont pas fait d'internat de santé publique et qui viennent de la médecine et donc du soin.

Pour ma part, c'était la médecine interne avec une spécialisation en diabétologie. Une expérience du soin donc avant de passer à la santé publique, de manière totalement conjoncturelle, mais que je ne regrette absolument pas.

J'ai suivi une trajectoire Parisienne au départ (Bichat, Robert Debré) puis Nantaise, ce qui est une vraie chance pour permettre de se rappeler qu'il y a des gens qui pensent même en dehors de Paris. C'est un point important, y compris dans le contexte encore formidablement centralisé en santé publique. A Nantes, j'ai eu des responsabilités de chef de pôle de santé publique, regroupant des domaines assez larges tels que l'information médicale, l'évaluation, la santé au travail. J'y ai géré un registre des cancers et également ce qui allait devenir l'institut régional d'éducation pour la santé.

J'avais donc une casquette hospitalo-universitaire mais j'ai vite compris que j'avais deux patrons : d'une part celui qui me payait, le directeur du CHU mais également le « DRASS » (directeur régional des affaires sanitaires et sociales, ancêtre des directeurs d'agences régionales de santé) de l'époque qui m'a mis la main dessus compte tenu de mon implication dans l'évaluation et dans l'impulsion de l'éducation thérapeutique. L'ambivalence entre statut hospitalier et extrahospitalier territorial n'est donc pas nouvelle.

Et puis, rattrapé par une bureaucratie galopante (T2A - tarification à l'activité - entre autres), je n'arrivais plus à faire ce que je voulais à Nantes. Je suis revenu à Paris comme professeur de santé publique à Paris 13 (actuelle Université Sorbonne Paris Nord). A mon retour Parisien, j'ai également participé à une expérience de préfiguration d'un hôpital de santé publique à l'Hôtel Dieu, pour la partie universitaire, en réfléchissant sur une offre de santé, autour d'un lieu accueillant, ouvert aux médecins généralistes et aux patients. Cela n'a pas vu le jour, à mon sens parce que ce n'était pas le sens de l'innovation, disons efficiente, souhaitée par nos tutelles.

J'étais jusqu'août 2022 directeur adjoint du Laboratoire Education et Promotion de la Santé (LEPS) sur le campus de Paris 13 à Bobigny.

Jusqu'à l'année dernière, je présidais le conseil d'administration de l'association humanitaire Epicentre, qui est la boutique de conseil de Médecins sans Frontières et plus que ça d'ailleurs. J'étais aussi à la tête de Promo'Santé Ile-De-France qui, sans être un succédané direct d'une IREPS (instance régionale d'éducation et de promotion de la santé), peut être considéré comme une instance de promotion de la santé malgré tout. Enfin, j'ai présidé le collège universitaire des enseignants en santé publique ainsi la société Française de santé publique.

**PPM** **A l'origine du rapport Chauvin, la volonté affichée du ministre de la santé était de rénover de la santé publique en tirant les leçons de la crise sanitaire. Que pensez-vous de cette ambition ? Comment avez-vous reçu ce rapport ?**

**PL** Je ne sais pas, bien entendu, quelle était l'ambition du ministre, ça lui appartient. Mais pour répondre à votre question, je crois comprendre qu'on refonde à cause d'une crise et en prévision de gestions de crises ultérieures, on retrouve des signes de ce choix dans le rapport Chauvin. On y retrouve à plusieurs endroits des termes tels que « modélisation », « signaux faibles », « anticipation », comme s'il ne s'agissait que de gérer des crises. Je pense que la meilleure façon de ne pas gérer la crise, c'est de ne gérer que les crises. Le rapport démarre pourtant sur une belle entame en convoquant [les déclarations fondatrices d'] Alma-Ata Ottawa, Rio, je me dis « formidable » ! Et puis, ça se poursuit par un projet qui me semble personnellement très descendant, très techniciste et assez peu participatif malgré ce qu'il en est dit.

Par ailleurs, des sujets majeurs comme la crise de la démographie médicale sont fondamentalement absents : aucune réflexion sur les ressources humaines pour prendre cet exemple parmi d'autres.

**Cela signifie pour moi qu'il y a un projet dans l'azur, mais que les conditions de sa réalisation ne me semblent pas suffisamment envisagées.**

Un autre exemple de question à mon sens fondamentale non traitée est l'éco-anxiété : la santé publique est une approche par population, population comprenant des enfants ; si on n'a pas de projet pour l'enfance dans notre société, c'est gênant...

**On aborde le sujet par les crises, donc c'est la meilleure façon d'en créer, parce qu'on oublie de traiter les questions de fond.**

Et on reste dans les questions de santé publique structurelles : est-ce qu'il vaut mieux faire un institut national etc... J'ai du mal à m'intéresser à cela. Est-ce vraiment le moment de faire ce « big bang » structurel ? Je suis passé au conseil scientifique de Santé publique France, j'ai compris la souffrance qu'avait été la fusion des 4 structures préfiguratrices... On oublie le traumatisme que ça a représenté et on voudrait remettre le couvert, alors que l'on n'a pas encore tiré les bénéfices de Santé publique France ?

Autre point, l'assurance maladie existe à peine dans le rapport ! La santé publique ne peut pas fonctionner en silo, la santé publique, c'est aussi la protection sociale. De façon générale, Je trouve que les enjeux ne sont pas suffisamment nommés dans ce rapport.

**Je n'ai pas vu trace du tout non plus du dimensionnement des moyens, ce dont je me méfie particulièrement.**

**PPM** **Pour rebondir sur le sujet de la promotion de la santé dans lequel vous vous êtes beaucoup impliqué, François Bourdillon (ancien directeur de SpF) évoque plusieurs angles morts du rapport, notamment la prévention et la promotion de la santé. Il y a quelques propositions de renforcement des dispositifs déjà existants mais pas forcément de grandes innovations. Quel est votre avis sur ce point du rapport ? Quelles priorités verriez-vous dans ce champ à l'avenir ?**

**PL** Quand on dit « pas assez de prévention et de promotion », on n'est pas suffisamment précis et on entretient la confusion entre ces notions. Refaisons clairement la distinction entre d'une part prévention de la maladie, donc approche par les risques, et d'autre part promotion de la santé ou, pour parler le langage des sciences infirmières, approche par les forces. C'est évidemment une des critiques que je fais aussi au rapport Chauvin. Ma perception est que le rapport veut nous expliquer ce qu'est la santé publique, ce qu'est l'appareil de santé publique, il va nous dire ce qu'il faut faire, qu'il faudrait un peu écouter les experts et les conseils scientifiques.

Je pense un peu l'inverse, que le monde irait mieux si on écoutait l'expérience à la fois des professionnels et des vrais gens. J'ai la sensation que tout le travail de proximité formidable qui est fait pour remettre les gens en situation d'exclusion du système dans une situation d'existence sociale, de reconquête de leur dignité avant de pouvoir entamer quelque travail de soin que ce soit, tout ce travail est totalement absent de la vision de Franck Chauvin.

Pendant la crise sanitaire, on a été amenés à s'appuyer sur un dispositif associatif très divers, essentiellement culturel, social, de médiation pour conduire nos actions d'aller-vers les publics. Essayons d'en tirer les conséquences et de pérenniser ces dynamiques, au service d'une action de santé publique.

**PPM** Touchant particulièrement les internes, le rapport aborde la formation et le renforcement de la qualification des professionnels de santé publique. Il fait le constat notamment d'un morcellement et de la redondance de l'offre de formation en santé publique. Quel est votre avis sur cette question et sur les propositions formulées ? Quels enjeux à votre sens pour la formation en santé publique ?

**PL** Je voulais relire à ce sujet un document technique de l'organisation mondiale de la santé, région Europe qui porte justement sur les besoins de formation en santé publique. Il me semble qu'au minimum, on identifie trois cercles de concernés : les professionnels de santé publique, les professionnels ayant des responsabilités de santé publique et puis enfin les professionnels étant amenés à intervenir de près ou loin sur des questions de santé publique. Alors, déjà, c'est quoi un spécialiste de santé publique ? Quelle est la part des médecins de santé publique ? J'ai trouvé que le rapport n'était pas clair sur ces sujets et parfois contradictoire dans certaines de ses propositions, dans la reconfiguration des sous-sections universitaires par des non professionnels de santé par exemple. Qu'attend-on des missions de la section du conseil national des universitaires en santé publique ?

Je crois à ce titre qu'il vaut le coup de se pencher sur l'histoire de la création de l'internat de santé publique. Une thèse d'interne de santé publique a justement traité il y a quelque temps ce sujet extrêmement intéressant. L'internat de santé publique a en fait été créé pour tout à fait autre chose que ce à quoi il s'est finalement développé, ce qui repose la question de la nature de l'expertise en santé publique et, en particulier, de la contribution de l'expertise médicale à la santé publique. Le projet, c'était médecine sociale. Sur ce sujet, je ne peux que me féliciter que le rapport Chauvin

parle de la lutte contre les inégalités sociales de santé comme un objectif majeur des politiques de santé publique, même s'il manque de propositions concrètes là-dessus.

**PPM** Justement, sur ces inégalités sociales de santé et la façon dont elles sont traitées, comment voyez-vous les choses ? Quelles priorités émergent pour vous dans ce champ ?

**PL** Les inégalités sociales sont abordées dans le rapport, mais superficiellement. L'universalisme proportionné est cité une fois, c'est un peu de l'ordre de la case qu'il faudrait cocher de mon point de vue.

**Et puis, quand on évoque un grand plan littéraire pour améliorer l'état de santé, on tombe dans le travers de la responsabilisation des individus quand les états de santé dépendent avant tout de conditions structurelles et systémiques.**

Le changement climatique nous l'a bien rappelé, ainsi que le concept de « One Health », si important. Après concernant les perspectives, je pense que s'il y a une chose que l'on ne se dit pas assez, c'est compter sur l'intelligence collective. Un autre grand chantier est la capitalisation de l'expérience. Il y a du savoir-faire professionnel associatif hors du monde spécialisé, et il est dommage de ne pas plus s'en inspirer. D'abord parce qu'on se leurre en imaginant que l'action fondée sur les preuves en santé publique se conduirait en appliquant des programmes alors qu'il s'agirait plutôt d'appliquer des principes. Copier un programme c'est impossible, il faut toujours l'adapter. En revanche, mettre en œuvre des principes, par exemple de participation des publics (sans lequel on ne peut donner aux gens une prise sur ce qui leur arrive) me paraît plus adapté.

De la même façon, et cela apparaît un peu dans le rapport, il s'agirait de considérer davantage les savoirs expérientiels des individus et des métiers émergents (par exemple les médiateurs en santé) sur la maladie et sur la santé plus généralement, et ce, depuis le fonctionnement des services jusqu'à la gouvernance des dispositifs. Sinon ce sera toujours un point de vue professionnel qui s'exprime.

A une autre échelle, la question du débat public est aussi abordée dans le rapport Chauvin.

## **On n'accompagnera pas des changements aussi radicaux que ceux qui sont nécessaires pour gérer toutes les crises à venir ayant une incidence sur la santé, tant qu'on n'associera pas les gens.**

**PPM** Dans le but d'accroître l'attractivité des métiers en santé publique en les revalorisant par une meilleure reconnaissance publique, la proposition a été faite de Créer un statut unique pour toutes les professions médicales de santé publique : praticiens hospitaliers de santé publique, médecins scolaires, médecins de Protection Maternelle et Infantile (PMI), Médecin inspecteur de Santé Publique, médecins du travail, médecins conseils de l'assurance maladie ainsi que pharmaciens inspecteurs et conseils. Avez-vous un avis sur cette proposition ?

**PL** Je n'ai pas réfléchi suffisamment à la question. Mais comme ça, j'aurais tendance à dire spontanément que c'est une fausse bonne idée. Prenons l'exemple de santé scolaire ou de la PMI. On y trouve deux niveaux de responsabilité. Il y a les professionnels qui voient des enfants plus ou moins jeunes pour leurs besoins de santé individuels, avec une préoccupation pour leurs conditions d'existence, qui font, en un mot, de la médecine sociale. Cette dimension pourrait être renforcée, parce qu'on est encore beaucoup dans une approche prescriptive de la médecine et pas encore suffisamment dans un mode participatif, y compris dans ces secteurs. Et après il y a un niveau d'expertise, avec un rôle également de coordination et d'organisation du service sur le territoire. Pour moi, ce professionnel a des responsabilités de santé publique. Ce n'est évidemment pas celles d'un PH d'hygiène à l'hôpital par exemple et je ne trouve vraiment pas raisonnable de laisser entendre qu'un médecin de santé publique pourrait tout faire en passant par exemple du jour au lendemain de la PMI à la gestion des risques liés aux soins.

Que ces médecins (en médecine scolaire ou en PMI) aient un statut plus protecteur, plus valorisant que ce qu'il est actuellement, c'est une évidence que l'on répète depuis 50 ans. Et rien ne bouge. Rien ne bouge parce qu'à mon sens, il y a des désaccords dans la corporation. Certains se disent « ce sont des métiers pour les femmes, qui veulent faire 35 heures pour s'occuper de leurs enfants ». Il n'y a pas que des femmes, les hommes aussi peuvent avoir envie de s'occuper de leurs enfants. Et tout le monde a le droit au respect de sa vie personnelle sans empiètement sur sa vie professionnelle. Après, quelle rémunération, combien ça vaut tout cela ? Mettons ces questions sur la table car les questions d'attractivité des métiers sont à ce compte-là. Disons d'abord « on a besoin de vous, vous êtes importants et on vous le témoigne ». Seulement, il faut rappeler qu'on trouve encore certains médecins, généralistes notamment, qui ne sont pas convaincus qu'on ait besoin de spécialistes de PMI pour voir les enfants. Ce point n'est malheureusement pas encore consensuel dans la profession médicale et en particulier dans les instances syndicales censées la représenter... Ce discours évite d'avoir à déployer des moyens là où l'on se demande où est-ce qu'on va les trouver. Cela permet de protéger le statu quo, et rien ne bouge.

**PPM** Un dernier mot ou conseil à l'adresse des internes de santé publique, notamment à la nouvelle promotion arrivant en novembre ?

**PL** Vous faites un métier formidable. Réfléchissez simplement au sens de votre métier.

N'oubliez pas notre responsabilité sociale collective et la "socio-parésie" trop fréquente et trop répandue dans notre système de santé.

**Un grand merci d'avoir accepté notre invitation et d'avoir pris le temps de nous répondre.**

# VALORISATION D'ARTICLES D'INTERNES



## **Communiquer aux usagers leur durée d'attente dans les services d'urgence : Une enquête de pratique auprès de dix-neuf services en Auvergne-Rhône-Alpes**

LUCIA RODRIGUEZ-BORLADO SALAZAR, PIERRE LEBLANC, KARIM TAZAROURTE,  
PHILIPPE MICHEL, ALAIN SIGAL

### **Contexte et Objectif**

Le calcul et la communication des délais d'attente sont des enjeux importants pour l'amélioration de la qualité des services d'urgence. Ces pratiques sont pourtant sous-étudiées en France. L'objectif de notre étude était de décrire ces pratiques dans la région lyonnaise et d'identifier des pratiques innovantes.

### **Méthode**

Une enquête transversale descriptive a été menée en février 2022 auprès de 19 services d'urgence membres de la collégiale des urgences du Grand Lyon. Un questionnaire a été créé et leur a été envoyé par courriel. Des analyses statistiques descriptives des réponses ont été faites.

### **Résultats**

Le calcul du délai d'attente n'est pas systématique (10 services sur 18 répondants) et les paramètres qui entrent en compte dans le calcul sont variables. La communication est faite de façon orale (13 services sur les 15 qui communiquent le délai d'attente), toujours par l'infirmier organisateur d'accueil. Un seul service a créé une méthode de consultation du délai d'attente à distance via son site web.

### **Conclusion**

Plébiscitée par les usagers et identifiée comme un enjeu important par les professionnels, la communication des délais d'attente dans les services d'urgence s'inscrit dans une démarche qui soulève néanmoins des craintes parmi les professionnels, car elle est nécessairement ambitieuse, fondée sur la fiabilisation de l'outil de mesure utilisé, la meilleure compréhension par les patients du fonctionnement de ce type de service, et le choix des bons vecteurs d'information

# Exposition à court terme et résidentielle à la pollution atmosphérique: associations avec les taux de biomarqueurs inflammatoires chez des adultes du Nord de la France

Marion Hostens

ISP à Lille

## Contexte

La pollution atmosphérique a un impact sur la santé, et l'inflammation de bas grade pourrait être l'un des mécanismes sous-jacents. L'objectif de la présente étude portant sur des adultes du Nord de la France était d'évaluer les associations entre l'exposition à court terme et résidentielle à la pollution atmosphérique et les taux de divers biomarqueurs inflammatoires.

## Méthode

L'étude transversale Enquête Littoral Souffle Air Biologie Environnement (ELISABET) a été menée de 2011 à 2013 dans les aires urbaines de Lille et de Dunkerque, dans le nord de la France. Ici, nous avons évalué les associations entre l'exposition aux PM10, NO2 et O3 (le jour et la veille du prélèvement de l'échantillon de sang, et les niveaux annuels moyens résidentiels) et les taux de biomarqueurs inflammatoires que sont la protéine C-réactive ultra-sensible (CRPus), les interleukines (IL)-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, IL-10, IL-17A, IL-22, et le facteur de nécrose tumorale (TNF) $\alpha$ .

## Résultats

Nous avons évalué 3074 participants pour l'association avec la CRPus et un sous-échantillon de 982 non-fumeurs de Lille pour l'association avec les taux de cytokines plasmatiques. Une augmentation de 10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  des niveaux de PM10 et de NO2 le jour et la veille du prélèvement de l'échantillon de sang était associée à une concentration plus élevée de CRPus (3.43% [0.68; 6.25] et 1.75% [-1.96; 5.61], respectivement, alors qu'une augmentation de 10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  de O3 était associée à une concentration plus basse de CRPus (-1.2% [-3.95; 1.64]). Les associations entre l'exposition annuelle moyenne et le taux de CRPus n'étaient pas significatives. De même, les associations entre l'exposition et les niveaux de cytokines plasmatiques n'étaient pas statistiquement significatives.

## Conclusion

L'exposition à la pollution atmosphérique à court terme était associée à des taux de CRPus sériques plus élevés chez des adultes vivants dans deux zones urbaines du Nord de la France. Nos résultats suggèrent que, parmi d'autres facteurs, l'inflammation de bas grade pourrait expliquer les effets néfastes de la pollution atmosphérique sur la santé



*Je m'appelle Marion, je suis interne de santé publique, en 4ème semestre à Lille. J'ai eu la chance de réaliser mes deux premiers semestres à l'Institut Pasteur de Lille, dans une unité de recherche épidémiologique, au sein d'une équipe chaleureuse. En plus d'acquérir des méthodes de travail rigoureuses, cela a conduit à l'élaboration de ma thèse de médecine que j'ai soutenue en mai dernier, et qui a été publiée dans la revue Science of the Total Environment. Cette expérience enrichissante m'a donné l'envie de poursuivre une carrière dans la recherche et j'envisage la réalisation d'une thèse de sciences pour continuer cette belle aventure !*



**Maud Gédor**

ISP à Nancy

## **Relation entre différents profils de travail de nuit et la santé perçue chez les travailleurs français de la cohorte Constances**

### **Relationship between different profiles of night work and health-related quality of life among French workers from the Constances cohort**

**M GÉDOR <sup>A\*</sup>, E BOURGKARD <sup>AV</sup>, M DZIURLA <sup>A</sup>, C RIBET <sup>B</sup>, G HÉDELIN<sup>A</sup>, S BOINI <sup>A</sup>**

#### **Introduction**

L'objectif de cette étude était d'estimer l'association entre le travail de nuit avec ou sans travail posté et la santé perçue physique et mentale chez des volontaires issus de la cohorte française Constances.

#### **Méthodes**

3 groupes d'exposition au travail de nuit durant toute la carrière professionnelle ont été définis à l'inclusion : les travailleurs de nuit permanents actuels (TNP), les travailleurs postés alternants nuit et jour actuels (TNA) et les travailleurs de jour avec un passé de travail de nuit (anciens TN). Les travailleurs de jour n'ayant jamais travaillé de nuit étaient le groupe de référence. La santé perçue a été évaluée à l'aide du SF-12 (Short Form Health Survey), qui établit des scores pour chaque axe interrogé, un score plus élevé signifiant une meilleure santé perçue. Des modèles de régression linéaire multiple ont été construits pour tester l'association entre les différentes expositions au travail de nuit et la santé perçue physique et mentale. La relation entre la durée cumulée de travail de nuit et les scores de santé perçue a été décrite à l'aide de régressions non paramétriques non linéaires.

#### **Résultats**

Le score physique moyen le plus élevé était observé chez les TNA ( $51,9 \pm 8,3$ ) et le score mental moyen le plus élevé chez les TNP ( $48,2 \pm 6,6$ ). Les scores physique et mental les plus faibles étaient observés chez les anciens TN ( $50,4 \pm 9,0$ ) et les travailleurs de jour ( $47,0 \pm 7,2$ ) respectivement. Après ajustement complet, les anciens TN présentaient un score physique significativement inférieur à celui des travailleurs de jour ( $\beta$ [95%CI] :  $-0,92$  [ $-1,54$  ;  $-0,29$ ],  $p=0,004$ ), alors que les TNP présentaient un score mental significativement supérieur ( $\beta$ [95%CI] :  $1,16$  [ $0,002$  ;  $2,33$ ],  $p=0,05$ ). On observait une diminution du score physique durant les 10 premières années de travail de nuit, puis une stabilisation voire une augmentation après 15 ans de travail de nuit cumulés. On n'observait pas d'évolution du score mental en fonction de la durée cumulée de travail de nuit.

## Conclusion

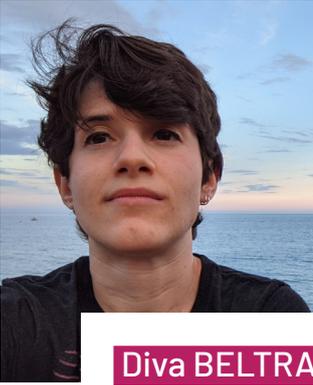
Les anciens TN avaient une santé physique perçue plus faible contrairement aux TNP et TNA qui avaient un niveau de santé perçue physique et mentale similaire voire supérieur à celui des travailleurs de jour, suggérant l'effet connu du travailleur sain. Ainsi, les travailleurs de nuit actuels mais également les travailleurs de jour ayant un passé de travail de nuit nécessitent un suivi régulier et spécifique axé sur les composantes physiques de la santé.



*Cet article est le tout premier sur lequel j'ai pu travailler, de la rédaction du protocole jusqu'à la soumission du travail terminé. Il a été rédigé dans le cadre du master 2 de Santé Publique parcours « Épidémiologie, Recherche Clinique et Évaluation » proposé par l'École de Santé Publique, au sein de l'Université de Lorraine.*

*Il a été réalisé sous la supervision de l'équipe d'Épidémiologie en Entreprise de l'INRS (Institut National de Santé et de Sécurité). Cet institut est réparti sur deux sites, le siège à Paris et le Centre de Lorraine situé à Vandœuvre-lès-Nancy. Ce terrain de stage, axé sur l'épidémiologie au travail, est donc une opportunité unique pour les étudiants Lorrains, qui plus est encadré par une équipe très bienveillante et dynamique.*

*Mes directrices de mémoire m'ont encouragé à valoriser le plus possible ce travail et grâce à cela, j'ai eu l'opportunité de le présenter à un congrès international, le Wellbeing at Work 2022, organisé en distanciel pour sa 6ème édition en juin dernier et je le présenterai également au colloque ADEREST (Association pour le Développement des Études et Recherches Épidémiologiques en Santé Travail) à Roubaix le 20 octobre 2022, cette fois-ci en présentiel !*



Diva BELTRAMIN

## Ethical Issues in the Utilization of Black Boxes for Artificial Intelligence in Medicine

DIVA BELTRAMIN, EUGENIA LAMAS,  
CÉDRIC BOUSQUET

### Abstract

Artificial Intelligence (AI) has made major progress in recent years in many fields. With regard of medicine however, the utilization of AI raises numerous ethical questions, especially since newer and much more accurate algorithms function as black boxes. A trade-off must then be made between having algorithms being very accurate and effective, and algorithms that are explainable but less proficient. In this paper we address the ethical implications of utilizing black box algorithms in medicine.

Cet article d'informatique médicale (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35773855/>), a été soumis pour la conférence ICIMTH 2022 (International conference on informatics, management and technology in healthcare).

Il parle des enjeux éthiques en médecine quand on veut utiliser des algorithmes d'intelligence artificielle qui marchent comme des boîtes noires, c'est à dire qu'on ne sait pas vraiment ce qu'il se passe dedans (ces algorithmes donnent des réponses, mais on ne sait pas pourquoi exactement). C'est évident que quand il y a des décisions cliniques à prendre, faire confiance à un algorithme dont le clinicien ne comprend pas le fonctionnement devient difficile, voire impossible d'un point de vue éthique (ne pas savoir pourquoi l'algorithme fait certaines prédictions peut aussi cacher des biais! et aussi c'est très difficile de comprendre les limites d'applicabilité de l'algorithme). C'est pour cela qu'on veut pousser les cliniciens et les établissements de santé à réfléchir quand on veut utiliser les algorithmes à boîte noire, et en futur on espère que ces algorithmes seront mis sur le côté, pour privilégier des algorithmes qui soient, dès leur conception et programmation, capables d'expliquer le raisonnement derrière une prédiction, cela aiderait aussi tout le monde (à partir des cliniciens mais aussi les patients) à faire plus confiance à l'intelligence artificielle.

Interview de Fabiana Cazzorla, ISP à Grenoble  
Propos recueillis par Audrey Geoffroy, ISP à Paris

## **FST d'Hygiène-prévention de l'infection, résistances, vigilances**

**Audrey Geoffroy** Bonjour Fabiana. Peux-tu te présenter en quelques mots ?

**Fabiana Cazzorla** Bonjour Audrey et merci pour l'invitation. Je suis Fabiana, interne en septième semestre (deuxième semestre FST) à Grenoble. J'ai réalisé mes stages d'internat dans plusieurs établissements de la région Auvergne Rhône Alpes pour bien profiter de la mobilité accordée aux internes. Au début de la spé je n'avais pas de plan clair en tête de mon avenir en tant que médecin de santé publique, mais au fur et à mesure des stages, un parcours a commencé à se tracer.

J'ai commencé par un stage en périphérie au DIM du CH d'Annecy pour continuer au registre des Cancers de l'Isère de Grenoble où j'ai pu confirmer mon intérêt pour l'épidémiologie. Cependant, le terrain me manquait et c'est là que j'ai décidé de tenter un stage en Hygiène Hospitalière. Finalement j'ai fini par y passer un an, avec l'arrivée de la crise du COVID. Dans cette période particulière, je me suis retrouvée à gérer au niveau local les protocoles d'isolement, la peur des professionnels de santé, le manque d'équipements. Ce contexte m'a fait apprécier encore plus l'aspect de surveillance épidémiologique et pratico-pratique de l'hygiène. C'est à ce moment-là que j'ai décidé d'enrichir mon parcours avec la FST Hygiène que j'ai commencée l'année suivante.

**AG** Justement, pourrais-tu nous expliquer en quoi consiste la FST d'hygiène ?

**FC** Comme toutes les FST, elle est gérée au niveau de la subdivision. Elle est fléchée en particulier pour les internes de santé publique, maladies infectieuses, biologie et réanimation médicale. Avec cette FST, on rajoute un an (deux semestres) à la formation d'internat entre la deuxième et troisième année, à réaliser avant la phase de consolidation.



En ce qui concerne le domaine de réalisation des stages, un arrêt ministériel définit vaguement les critères, mais la décision du choix de stage reste entre l'interne et le coordinateur local de la FST. Il faut simplement que les stages rentrent dans le champ de la gestion et ménagement du risque infectieux, hygiène hospitalière, biologie ou maladies infectieuses. Un changement de domaine par rapport à son propre DES est apprécié mais pas obligatoire (Exemple : un DES de Santé Publique qui fait un stage au laboratoire de biologie).

A côté des deux stages, les internes réalisent une présentation des projets suivis en stage à la fin du second semestre de la FST.

**Cette présentation vise à la fois la validation de la formation et représente un moment d'échanges avec les coordonnateurs et la nouvelle promotion d'internes s'appêtant à démarrer la FST l'année suivante.**

**AG** Quel type de stages as-tu réalisé pour valider ta FST ?

**FC** Sachant que j'avais déjà réalisé deux semestres en Hygiène au CHU de Grenoble et que je compte y passer à nouveau pour mon année de Dr Junior, je me suis débrouillée pour donner un peu de variété à mon parcours. J'ai donc réalisé un stage à la Cellule Régionale de Santé Publique France (CIRE-ARA) et un stage dans l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) du CH de Chambéry.

Deux stages bien différents qui m'ont permis de toucher tous les domaines qui me manquaient dans l'hygiène et la gestion du risque infectieux. Le stage à la CIRE m'a permis d'améliorer d'un côté mes compétences d'épidémiologie, et de l'autre de m'imprégner des démarches de gestion territoriale du risque infectieux (relations avec les directions départementales, les ARS, Santé Publique France etc.). Le stage en CH m'a permis en suite d'avoir une approche plus locale de l'hygiène hospitalière, avec une équipe très active sur le terrain caractérisé par un échange dynamique avec les soignants.

Travailler dans une EOH en deuxième semestre m'a permis aussi de me concentrer sur un projet de recherche à visée de prévention du risque infectieux, notamment la prévention des PAVM (Pneumopathies associées à la ventilation mécanique) chez des patients COVID en réanimation. J'ai ensuite pu utiliser ce sujet pour mon mémoire de DU d'hygiène.

**AG** Et pour ce qui concerne la formation ?

**FC** Pour l'instant, malheureusement, il n'y a pas de cours dédié à cette formation sur la plateforme SIDES. Il est donc fortement conseillé pour valider cette FST de suivre un DU d'hygiène à côté. Ça rajoute, sans doute, du temps de travail et des coûts supplémentaires. De plus, du fait du manque de cours à l'échelle nationale, la formation sera différente selon la qualité du DU local choisi. Bien que concernant l'hygiène, le gros de la pratique s'apprenne sur le terrain, la formation théorique reste nécessaire pour avoir les bons repères en termes de normes de désinfection, stérilisation, matériels, enquêtes de terrain, etc.

**AG** Comme pour les autres FST, la date limite pour les candidatures est souvent au moins de mai/juin. Comment t'y étais-tu pris pour candidater ? Peut-on le faire n'importe quand ?

**FC** La première chose à faire est de se renseigner auprès de sa faculté de médecine. Compte tenu que la FST reste une formation gérée à l'échelle de la subdivision, chaque université garde des dates limites différentes. De plus, si on vise à réaliser un stage en dehors de notre subdivision, il faut s'y prendre encore plus à l'avance pour la demande d'inter-CHU.

Un autre point à ne pas sous-estimer est l'agrément des stages. En effet, les stages pour valider la FST doivent être agréés spécifiquement pour la FST ; une démarche est donc souvent nécessaire pour ouvrir le poste en tant que terrain de stage FST (démarche soumise à date limite, constitution d'un dossier etc.). Comme pour tout en santé publique, il faut s'y prendre à l'avance !

**AG** Quels conseils donnerais-tu à un ISP qui réfléchit à faire cette FST ?

**FC** Réfléchissez bien aux avantages et aux inconvénients de réaliser un an en plus pour une FST. En ce moment (mais les choses peuvent changer !!), pour travailler dans une équipe d'hygiène, seul le DU est requis, il faut donc bien évaluer le temps à disposition et les avantages de rajouter un an de formation à son parcours.

Finalement, le gros avantage de réaliser cette FST reste la possibilité d'enrichir sa maquette avec deux stages en plus et la possibilité de rajouter dans le CV l'expérience acquise dans plusieurs services d'hygiène.

# RETOUR D'EXPÉRIENCE: L'INTERNAT DE SANTÉ PUBLIQUE AU PORTUGAL

Interview de Tiago Bandejas, jeune médecin de santé publique au Portugal

Propos recueillis par Pol Prevot-Monsacré et Audrey Geoffroy, ISP à Paris

**Pol Prevot-Monsacré** To start off, could you introduce yourself??

**Tiago Bandejas** Hi everyone! My name is Tiago Pinho Bandeira, I'm 30 years old and I'm from Portugal. I live in Ovar, a city in the Portuguese west coast, between Porto and Aveiro. I did my Public Health residency (PHR) in the Public Health Unit (PHU) of Baixo Vouga primary healthcare cluster (ACES Baixo Vouga). After finishing it on March 2022, I got a position in the same PHU as a specialist, where I am currently working as Public Health doctor.

**PPM** How did you come to specialize in public health? Is public health popular among Portuguese medical students and why?

**TB** My first option was Gynecology and Obstetrics, but the grade I got in the national exam was not enough. Even though I had some doubts about the Public Health specialty, my best friend was already doing her residency and the feedback was good. I realized I could do a lot of stuff and have a great impact on the population, with the benefit of having a better work-life balance - namely no night shifts and no emergency room. I admit this choice was not totally planned but I don't regret it!



The medical specialty of Public Health is not popular in Portugal. Despite having some advantages, most of the students still see themselves working at a clinical setting, dealing with patients every day. On the other hand, we don't have a lot of Public Health subjects during the med school, which contributes to keeping this specialty "unknown". A good consequence of the COVID-19 was showing everyone the importance, the knowledge, and the potential of the Public Health physicians. I think this may highlight the value of some nuclear subjects in Public Health in the universities, like Epidemiology, bringing more newbie doctors to this specialty.

**PPM** Could you tell us more about your internships as a public health resident in Portugal?

**TB** First, it might be easier to explain how the residency program works in Portugal. After being recognized as a medical doctor by the Portuguese Medical Association (Ordem dos Médicos), we do a national exam that takes place once a year. After that, you will start your residency with a general one-year program that all medical residents must follow (rotating through different specialties). During that year you will get to know the score of the national exam, and it will establish your rank in choosing a spot for your residency (thus choosing your specialty and the main place of training).

**If you choose Public Health, you will be hired by the Ministry of Health and work at a local level, in a primary healthcare cluster. Contrary to what happens in other countries, the Public Health specialty in Portugal does not take place in a university context. Once you get into the specific PHR, you will have 6 internships:**

- **COMMUNITY MEDICINE (12 months):** it takes place in your chosen PHU, where you are supposed to learn what a local public health service does, the community you now serve and what are the daily tasks of a Public Health doctor. In ACES Baixo Vouga there are 367.490 habitants distributed by 11 municipalities, with urban/coastal and suburban/rural areas, and many differences regarding people's social and health needs.

- **SPECIALIZATION COURSE IN PUBLIC HEALTH (12 months):**

it takes place in a recognized academic institution by the Public Health Committee of the Portuguese Medical Association (Colégio de Especialidade de Saúde Pública da Ordem dos Médicos). You are supposed to learn about the main public health related sciences and subjects. It is similar to the academic part of a master's in Public Health (MPH). There are currently 2 institutions in Portugal providing this training (National School of Public Health, NOVA University Lisbon – ENSP-NOVA; Institute of Public Health, University of Porto – ISPUP), but some residents may choose to do a masters in other country like the UK, Sweden, or the Netherlands. I did mine in ENSP-NOVA and I am currently doing the MPH, whose research topic is the eligibility for HIV pre-exposure prophylaxis of different key populations in Portugal.

- **EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH (5-6 months):**

it takes place at a local, regional, or national public health service. You are supposed to learn in practice what it takes to do an epidemiological research project. I did this internship both at the national (Directorate-General of Health – DGS) and local level, where I retrospectively studied the factors associated with coinfection and reinfection by chlamydia, gonorrhoea, and syphilis in Portugal.

- **INTERVENTION (10-11 months):**

it takes place in your local PHU and you are supposed to design, implement and evaluate a public health related intervention. My internship started in January 2021 and the project was called “COVID-19 vaccination in patients with a history of anaphylactic reaction to food or drugs: development of a referral system for vaccination in a hospital setting”.

- **AUDITING (5 months):**

it takes place at a local, regional, or national Public Health related service and you are supposed to design and perform an audit related to a public health topic. In my case, I did an internal audit on the registration of cesarean section indications in the Baixo Vouga Hospital Centre (CHBV), based on a national guideline issued by DGS.

- **ELECTIVE (3 months):**

it takes place at a local, regional, national, or international public health related service. You are supposed to design and apply for an internship of your choice. It must be related with public health and be approved by the hosting institution and the PHR coordinator. I did my elective internship in the International Agency for Research on Cancer/ World Health Organization (IARC/WHO) in Lyon, France. I joined the Early Detection, Prevention, and Infections Branch and worked with the Screening Group, developing research activities on monitoring and evaluating cancer screening programs around the globe, evaluating data on measurable indicators and cancer screening participation, as well as inequalities in access to screening.

Each of these internships have a specific way of evaluation, mainly through exams, reports, presentations, and assignments. At the end of the PHR, you have a final evaluation with a three-member jury which includes: a written exam performed at the same time for all the medical residents in Public Health; a written CV and its oral discussion; an oral exam addressing any public health topic that your jury may find relevant. The final grade consists of a number with two decimal places, on a scale from 0 to 20, requiring a minimum of 10 to be approved.

**PPM** What are some of the best experiences and opportunities you had?

**TB** During my residency I had the opportunity to do some work for the Clinical and Health Council (CCS) of ACES Baixo Vouga, as my supervisor is a member of it. The CCS ensures clinical and health governance at the primary healthcare cluster, in an articulated and participatory manner by all functional units. Among other things, it monitors and supports the different teams aiming to obtain health gains, guaranteeing the safety, effectiveness, and efficiency of the provided care; it promotes the development of clinical research and innovation activities in health; and it contributes to an organizational culture of training, quality, humanization, critical thinking, and scientific accuracy.

I was also part of the Organizing Committee of the XI National Meeting of Medical Residents in Public Health (ENMISP), which took place in Leiria, Portugal, in October of 2019. I moderated one of the sessions, entitled "Public Health Physicians - Present and Future", which had the participation of the current Director-General of Health, Dr. Graça Freitas.

In addition, I had the chance to work at different levels – namely national (DGS) and international (IARC/WHO) – and attend some conferences in Portugal or abroad. In the era of globalization, a comprehensive view of reality is increasingly important, especially for Public Health professionals. Besides the networking, contacting with different ways of thinking and working helped me developing some important skills and competencies which are crucial to my role.

**PPM** Did you get involved in any association?

**TB** Yes, I did. From 2018 to 2020 I was part of the Regional Committee of Medical Residents in Public Health, Center of Portugal (CMISP ZC) and collaborated in: surveying the training needs of the medical residents and the conditions of the workplace; writing for communication platforms; sharing training opportunities and events of interest with the medical residents; developing scientific sessions to promote networking and knowledge sharing.

From 2019 to 2020 I was also a member of the European Network of Medical Residents in Public Health (EuroNet MRPH) through the Portuguese National Commission (NC). I got involved in some of their projects and I represented the NC in meetings and events. It was a great opportunity to meet colleagues, to facilitate exchanges and to get involved in research activities.

**PPM** What are your career plans, as a public health MD?

**TB** I don't have pre-defined ideas for my career. I think it's a long journey and the future depends a lot on what we do "today". As I previously stated, I have recently started a role as a specialist Public Health MD. I am currently working at the local level, and I'd like to get more experience in this position. However, I want to keep learning and the next step will probably be related to European Studies and Public Policy, topics I am deeply interested in. After that, if opportunity doesn't knock, I might build a door!

**PPM** Any piece of advice for new residents in public health??

**TB** The reality of the residency programs in Europe is different from a country to another. Nevertheless, I think all programs let us somehow drawing our path considering the topics we like the most, or the opportunities that arise. I recommend the colleagues to take advantage of the new challenges and leave the comfort zone. It will definitely help you being more confident and prepared. Additionally, enjoy all the networking chances and explore other people's backgrounds and roles. Sometimes you realize you might be happier doing something you had never imagined before (even if it's still Public Health)... Good luck!



COLLÈGE DE LIAISON  
DES INTERNES  
DE SANTÉ PUBLIQUE

avec le soutien de :



## MEMBRES DU COLLÈGE DU CLISP 2022-2023

### BUREAU DU CLISP

**MILLER Daphnis** - Président  
[president@clisp.fr](mailto:president@clisp.fr)

**FERRIOT Cécile** - Vice-présidente  
[president@clisp.fr](mailto:president@clisp.fr)

**RODRIGUEZ-BORLALDuOcia** -  
Secrétaire générale  
[secretariat@clisp.fr](mailto:secretariat@clisp.fr)

**NYANGWILE Eole** - Trésorière  
[affaires.nationales@clisp.fr](mailto:affaires.nationales@clisp.fr)

**GOTTARELLI Chiara**  
Vice-secrétaire chargée  
de l'évènementiel  
[evenement@clisp.fr](mailto:evenement@clisp.fr)

**GALLIEN Yves**  
Vice-secrétaire délégué  
aux affaires nationales  
[tresorier@clisp.fr](mailto:tresorier@clisp.fr)

**PIEROBON Carola**  
Chargée de coordination avec les  
représentants des subdivisions  
[coordination@clisp.fr](mailto:coordination@clisp.fr)

**GALET Bertrand** - Webmaster  
[webmaster@clisp.fr](mailto:webmaster@clisp.fr)

**BONNIER Salom**  
Chargée de communication  
[communication@clisp.fr](mailto:communication@clisp.fr)

**GEOFFROY Audrey**  
Rédactrice en chef du bulletin  
[bulletin@clisp.fr](mailto:bulletin@clisp.fr)

**NDOCKO Kate**  
Chargé de relation EuroNet MRP  
[euronet@clisp.fr](mailto:euronet@clisp.fr)

**CADON Lucie**  
Chargée de mission Actualités  
[actualites@clisp.fr](mailto:actualites@clisp.fr)

**VALTER Rémi** - Chargée de mission  
Attractivité  
[attractivite@clisp.fr](mailto:attractivite@clisp.fr)



CLISP - Collège de Liaison des Internes  
de Santé Publique  
17, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris  
[www.clisp.fr](http://www.clisp.fr) • [contact@clisp.fr](mailto:contact@clisp.fr)  
Rédactrice en chef : Fabiana Cazzorla

## REPRÉSENTANTS DES SUBDIVISIONS

### Île-de-France

**Paris Pol Prévot-Monsacré** [paris@clisp.fr](mailto:paris@clisp.fr)

### Nord-Est

**Besançon Justine Rousse** [besancon@clisp.fr](mailto:besancon@clisp.fr)  
**Dijon Melchior de Giraud d'Agay** [dijon@clisp.fr](mailto:dijon@clisp.fr)  
**Nancy Maxime Ransay** [nancy@clisp.fr](mailto:nancy@clisp.fr)  
**Reims Peter-Joe Noujaim** [reims@clisp.fr](mailto:reims@clisp.fr)  
**Strasbourg Astrid Placide** [strasbourg@clisp.fr](mailto:strasbourg@clisp.fr)

### Nord-Ouest

**Amiens Janice Vendar** [amiens@clisp.fr](mailto:amiens@clisp.fr)  
**Caen Nicolas Vigneron** [caen@clisp.fr](mailto:caen@clisp.fr)  
**Lille Eole Nyangwile** [lille@clisp.fr](mailto:lille@clisp.fr)  
**Rouen Marion Lacassin** [rouen@clisp.fr](mailto:rouen@clisp.fr)

### Ouest

**Angers Jeanne Perrot** [angers@clisp.fr](mailto:angers@clisp.fr)  
**Nantes Adrien Vaudron** [nantes@clisp.fr](mailto:nantes@clisp.fr)  
**Rennes Mareva Geslin** [rennes@clisp.fr](mailto:rennes@clisp.fr)  
**Tours Cathie Faussat** [tours@clisp.fr](mailto:tours@clisp.fr)

### Rhône-Alpes et Auvergne

**Clermont-Ferrand Joséphine Odoul** [clermont-ferrand@clisp.fr](mailto:clermont-ferrand@clisp.fr)  
**Grenoble Carola Pierobon** [grenoble@clisp.fr](mailto:grenoble@clisp.fr)  
**Lyon Damien Hoarau** [lyon@clisp.fr](mailto:lyon@clisp.fr)  
**Saint-Étienne Diva Beltramin** [saint-etienne@clisp.fr](mailto:saint-etienne@clisp.fr)

### Sud-Ouest

**Poitiers Louis Richir** [poitiers@clisp.fr](mailto:poitiers@clisp.fr)  
**Bordeaux Kilian Trin** [bordeaux@clisp.fr](mailto:bordeaux@clisp.fr)  
**Limoges David Lagarde** [limoges@clisp.fr](mailto:limoges@clisp.fr)  
**Antilles, Guyane Phillipine le Barrois d'Orgeval** [antilles-guyane@clisp.fr](mailto:antilles-guyane@clisp.fr)  
**Océan Indien Anne-Françoise Casimir** [ocean-indien@clisp.fr](mailto:ocean-indien@clisp.fr)

### Sud

**Toulouse Richard Dudouet** [toulouse@clisp.fr](mailto:toulouse@clisp.fr)  
**Marseille Jacquenod Enzo** [marseille@clisp.fr](mailto:marseille@clisp.fr)  
**Montpellier Anne-Laure Bascou** [montpellier@clisp.fr](mailto:montpellier@clisp.fr)  
**Nice Jonathan Allouche** [nice@clisp.fr](mailto:nice@clisp.fr)



#48 - octobre 2022 -