



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

#55

- Septembre 2025 -

PARIS 24-25 SEPT

SANI 2025

**Les facettes
de la santé publique !**

PARIS 25-26 SEPT

CLISPro 2025

**Leadership &
Posture professionnelle**



MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES



sommaire

- #55 - Septembre 2025 -

p. 03 **ÉDITO DE LA PRÉSIDENTE**

p. 04 **PRÉSENTATION DU NOUVEAU BUREAU**

p. 09 **CARNET DE RENCONTRES**

Kesako ?

5 rencontres en santé publique

Quelles leçons en tirer ?

p. 24 **FOCUS**

Les CPS

La maquette de santé publique

p. 27 **CONSEILS DE LECTURE**

p. 30 **VALORISATION DE TRAVAUX D'INTERNES**

p. 32 **ANNONCES**

EDITO DE LA PRÉSIDENTE



Aurélia MANNNS

Chères et chers internes,

Cette année, on bouscule un peu nos habitudes : le SANI et le CLISPro se tiendront pour la première fois en même temps. Ce n'est pas un oubli dans le calendrier, mais un choix réfléchi : en juin dernier, nous avons préféré laisser la place au Spring Meeting d'Euronet, organisé à Paris. J'ai eu l'honneur d'en assurer la responsabilité scientifique, et voir des internes de toute l'Europe débattre, construire et partager ici même a été un vrai moment fort pour notre communauté.

Résultat : ce SANI-CLISPro fusionné, c'est presque un coup de génie.

Les nouveaux internes pourront rencontrer immédiatement celles et ceux qui ont déjà quelques années de recul, découvrir la variété des parcours possibles, s'inspirer d'expériences concrètes... et peut-être réaliser que, dans cette spécialité, les chemins sont aussi divers que passionnants.

D'ailleurs, cette année, le SANI explorera « Les multiples facettes de la santé publique ». L'idée est simple : montrer que la santé publique ne se limite pas à son exercice hospitalo-universitaire. Nous pouvons aussi concevoir et piloter des stratégies de prévention à grande échelle, agir sur l'aménagement du territoire pour réduire les inégalités de santé, impulser des projets d'innovation numérique, ou encore travailler sur les déterminants sociaux et environnementaux qui façonnent la santé des populations. Autant de missions clés qui montrent que notre métier dépasse largement le périmètre de la LCA !

Le CLISPro, lui, a pour thème « Leadership et posture professionnelle ». C'est un sujet qui me tient à cœur : apprendre à prendre la parole, à défendre nos positions, à asseoir notre place. Bref, à occuper l'espace avec assurance et légitimité. Car notre spécialité n'est pas une simple "interface" : c'est un métier à part entière, avec son expertise, sa valeur ajoutée, et un rôle central à jouer dans le système de santé et la société.

En toile de fond, ce double événement porte aussi un message pour l'année à venir : repenser notre formation pour mieux refléter cette diversité, et ouvrir nos horizons au-delà des seules structures universitaires. Notre spécialité a besoin de professionnels capables de naviguer entre science, action publique, innovation et terrain, pour répondre aux défis actuels et à venir.

Alors, bienvenue aux nouveaux, bienvenue à celles et ceux qui reviennent, et rendez-vous au SANI-CLISPro pour continuer à écrire, ensemble, l'histoire de notre communauté.

Aurélia MANNNS



PRÉSENTATION DU NOUVEAU BUREAU



Irène Valay

Vice-Présidente

« Pour les formalités : externe à Paris, interne dans la subdivision de Nantes. Sinon j'aime la vie en coloc, cuisiner, chanter, faire du crochet, la pole dance, la rando, la ginger beer et grotter sous ma couette.

J'ai découvert que la santé publique le 1er jour de mon internat de médecine générale, grâce à une rencontre fortuite. Et ça m'a bien servi 3 semestres plus tard ! Epuisée par les conflits de valeurs de l'exercice du soin à l'hôpital comme en cabinet et très attirée par la prévention, la promotion de la santé et le besoin de prendre du recul sur le système de santé m'ont décidée à changer de spécialité. Première expérience officielle dans une association, j'hésitais depuis longtemps... et puis la veille de l'AG, Aurélia m'a convaincue. Tant qu'on s'écoute et qu'on avance à son rythme, il n'y a pas de risque à se lancer. Et puis franchement... ce ne sera jamais pire que si personne ne prend le poste ! »



Louise Hardelin

Secrétaire

« Originaire de la baie du Mont-Saint-Michel (en Normandie...), j'ai réalisé mon externat à Caen, puis ai décidé de rejoindre le soleil (ou pas !) en faisant mon internat à Bordeaux.

Au fil de mes études, j'ai ressenti le besoin de dépasser la seule prise en charge individuelle pour mieux comprendre les déterminants de santé et agir en amont des maladies ; c'est donc assez naturellement que je me suis ensuite orientée vers la médecine de santé publique. Bien que je reste ouverte à différents domaines, mon intérêt se tourne particulièrement vers la promotion de la santé et la santé environnementale. Après une expérience associative au niveau local, j'ai souhaité prolonger mon engagement en contribuant à la promotion de notre belle spécialité à l'échelle nationale. C'est pour moi une opportunité à la fois humaine et professionnelle, pour continuer à faire vivre les valeurs et les actions portées par le CLISP. »



Aymeric Cadic

Trésorier

« J'ai atterri sur Angers il y a 15 ans depuis j'ai du mal à en repartir. Quoi que plus normal d'y faire mon externat puis mon internat dans cette ville où il fait bon vivre. Sinon je suis un adepte du sport volley, course, salle. Et j'ai une nouvelle lubie tous les mois, en ce moment c'est les échecs.

En p1 je voulais faire de la psychiatrie, puis cela a évolué vers de la promotion en santé mentale chez les jeunes. En D3 une voix s'est révélée à moi (ma copine) " Pourquoi tu ferais pas de la santé publique ? tu veux faire de la promotion de la santé de la prévention tu t'intéresses à l'économie, le droit, la socio" et je suis très heureux de l'avoir écouté.

Je n'avais jamais fait d'associatif jusqu'à présent. Venant d'une petite subdivision avec un tissu d'interne restreint (moi), le CLISP a été pour moi l'occasion de découvrir la santé publique et de rencontrer plein de gens super. Mon objectif pour le CLISP : plus de sous et plus d'événements qualitatifs. »



Baptiste Voyer

Vice-secrétaire délégué aux affaires nationales

« Je viens d'Agen et j'ai fait mon externat à Bordeaux avant de commencer mon internat à Paris en 2023. Je garde une forte attache au Sud-ouest, la mer et la montagne qui sont plus difficiles d'accès depuis Paris

J'ai toujours été intéressé par ce qu'il y avait au-delà de la "bulle" dans laquelle on vit pendant nos études de médecine. Ce que j'aime dans la santé publique, c'est d'avoir l'occasion de découvrir d'autres disciplines, de travailler en équipe, et de pouvoir participer, à son échelle, aux grands enjeux de notre temps.

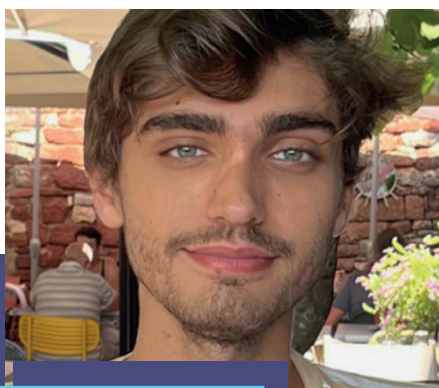
Je n'avais jamais fait d'associatif avant l'internat, mais c'est vraiment une super découverte ! J'ai commencé dès ma première année au sein du SPI, l'association Parisienne, avec laquelle j'ai pu gérer les stages de mes co-internes, et organiser plein d'événements ! J'ai rejoint le CLISP dans la continuité avec un objectif principal : Améliorer et rendre plus lisible notre formation au niveau national. »



Astrid Kérouédan

Vice-secrétaire chargée de l'événementiel

« Originaire des Sables d'Olonne et un peu (beaucoup) du Finistère, j'ai fait mon externat à Nantes et je suis maintenant interne à Paris que je prends plaisir à découvrir sur mon temps libre mais je ne tarde jamais très longtemps à retrouver l'océan, dès que je peux !
J'ai choisi la santé publique pour le vaste champ des possibles qu'offre cette spécialité permettant en quelques années de découvrir le fonctionnement d'une structure de recherche, d'une ONG, d'une collectivité territoriale, d'une agence sanitaire ou encore d'un ministère !
Travailler avec des professionnels de tous horizons, de santé ou non est une grande plus-value de cette spécialité !
J'ai eu la chance de faire partie de plusieurs associations depuis l'externat en tant que tutrice de santé publique pour les PACES (à l'époque) d'abord puis comme co-chargée de promotion de l'écologie auprès des étudiants en santé ! Une fois arrivée à Paris, j'ai découvert la dynamique de l'asso de santé publique locale (le SPI) en tant que webmaster puis chargée d'événements tels que des visites, des apéros-débats ou encore des cinés-débats destinés aux internes ! J'ai rejoint le CLISP cette année afin de poursuivre cette volonté de proposer aux internes des quatre coins de la France, des occasions, à la fois, de se retrouver et d'apprendre :) »



Victor Guérout

Chargé de mission Actualités,

« Havrais de naissance et de cœur, j'ai fait mon externat à Rouen avant de débarquer à Lille pour l'internat de Santé Publique.
Ne me retrouvant plus dans les études médicales et l'aspect clinique du métier, j'ai découvert par hasard la spécialité de santé publique et j'ai compris que cela pouvait être un très bon moyen de réaliser des projets qui sont porteurs de sens.
J'ai rejoint le pôle actualité du CLISP à l'été 2024 afin de partager aux internes ce qui se passe dans tous les domaines de la santé publique et je renouvelle l'expérience pour cette année ! »

Coord. représentants subdivisions

«Pur produit A.O.P. du Nord,
Je me nourris de musique,
D'aventures palpitantes,
De projets innovants,
Et parfois de maroilles ...

J'ai choisi la santé publique parce qu'elle défend une valeur qui compte beaucoup pour moi : l'équité. C'est une spécialité qui permet aussi de regarder le monde dans sa globalité et dans son évolution. Au quotidien, elle offre un mode de vie agréable et des opportunités de collaborations très enrichissantes. J'ai adoré le SANI et le CNISP ! J'ai ressenti une ambiance chaleureuse et constructive au sein du Bureau. Faire partie du CLISP me permet de me ternir au courant et d'informer les internes sur les enjeux de notre spécialité au national. Inversement, je fais remonter les difficultés localisées. Ce rôle de lien me permet de travailler en équipe et d'améliorer mes compétences en communication.»

Philippine Boulanger



Anastasia Petrova

**Chargée de mission
attractivité de la spécialité**

« Culture de la seconde chance, je perçois les erreurs comme partie intégrante de notre histoire. Elles nous enseignent la meilleure façon d'atteindre nos objectifs. Une évidence après une introspection qui a permis de trouver des points communs entre mes attentes d'une offre d'emploi diversifiée et celles d'un métier impliquant une responsabilité dans le choix des thématiques que l'on traite. En choisissant le CLISP je choisis de découvrir tous les aspects de notre formation et d'en promouvoir la visibilité. La liberté qu'offre une telle perspective m'anime dans ma démarche. Une communication fluide et efficace au sein de notre équipe rend ce travail d'autant plus riche. »



Emmanuelle Jault

Chargée de communication

« Dès mon début d'internat, j'ai rejoint l'association du SPI, où j'ai eu l'occasion de réaliser des interviews d'internes et de médecins de santé publique. Cette expérience m'a rapidement montré à quel point la communication autour de notre spécialité reste encore trop faible, alors même qu'elle offre des opportunités incroyables et souvent méconnues dans le monde médical. C'est ce constat qui m'a donné envie de poursuivre mon engagement à une échelle plus large, en devenant chargée de communication au niveau national. Mon objectif est de continuer à faire rayonner notre spécialité, à mieux la faire connaître, et à valoriser la richesse des parcours qu'elle rend possibles. »



Juliette Condé

Webmaster

« Membre de la team normande (ayant mes racines près de Caen), j'ai rejoint Paris pour l'internat, mais ai aussi vécu à Nantes (ma ville de cœur) et au Mans ; J'aime particulièrement la lecture, les animaux, les sorties en nature, que j'arrive à trouver même ici. Pour la multidisciplinarité qui ne m'a pas quitté le long de mes études (un bac ES, une prépa littéraire B/L puis un an en école d'ingé informatique), l'ouverture et les possibilités immenses, la prise en compte d'aspects plus larges que l'individuel, et en particulier la connexion de notre santé à notre environnement, qui est un champ que je souhaiterais particulièrement explorer. J'apprécie le travail de l'assoc' (qui m'a bien aidé à découvrir la spé) et le lien qu'elle crée entre les internes des différentes villes, alors je suis contente de pouvoir donner un coup de main à mon tour. »

JOIN US



Chargé(e) de relation EuroNet MRPH

Poste à pourvoir !

Si le poste vous intéresse, n'hésitez pas à contacter un des membres du bureau du CLISP !
(mails en quatrième de couverture)



Thomas Cardot feat. Guillaume Le Moigne

Rédacteurs en chef du bulletin

« Nous sommes ravis de reprendre la rédaction du bulletin de l'association ! Ce petit bout de papier (et d'écran !) est un outil précieux pour notre association. La communication est la clef en santé publique et nous sommes déterminés à perpétuer cette « ancestrale » mission : informer, sensibiliser et rassembler autour des enjeux qui nous animent tous.

Le bulletin, par son format à la fois accessible et ludique, reste un vecteur idéal pour partager points de vues, actualités et initiatives en santé publique. Nous mettrons tout en œuvre pour qu'il continue d'être une source d'inspiration et de dialogue, au service de nos chers internes.

Alors stay connected, stay hydrated, et à bientôt ! »

Carnet de rencontres

KESAKO ?



Cette fois, pas d'entretien thématique !

Une des choses les plus importantes que j'ai cru comprendre au cours de mon internat, c'est

l'importance des rencontres.

Comme vous le savez peut-être déjà, la santé publique est une discipline riche en variété. Cela se retrouve dans la richesse de profils que vous serez amenés à découvrir durant votre vie professionnelle.

C'est pourquoi je vous propose de me suivre au travers de 5 entretiens qui n'ont pas forcément de lien direct, mais qui mettent la focale **d'un côté sur le parcours des personnes, et de l'autre, sur leur approche de la notion de leadership.**

En conclusion, nous essayerons de tirer des éléments importants issus de leur pratique de la santé publique.

En route !

LAURENT DEVIEN

Médecin de santé publique en Veille Sanitaire.

ARS Hauts-de-France



GLM : Bonjour Laurent, merci d'avoir accepté cet entretien. Pour commencer, pourrais-tu décrire ton parcours ? Ta ville d'origine, ton internat, tes stages et tes formations.

LD : Bonjour Guillaume, je suis originaire de Paris, mais j'avais envie de bouger et l'internat me semblait être le moment idéal. Je suis donc allé à Lille. Ma petite spécificité, c'est d'avoir commencé par un internat de médecine générale avant de me diriger en santé publique. J'ai donc fait de la gériatrie, des urgences, de la cardiologie, et un stage chez des médecins généralistes. Cependant, je ne suis pas parvenu à me projeter sur du long terme dans cette profession.

La santé publique m'attirait, car elle offre beaucoup de liberté professionnelle et d'opportunités. J'aime l'idée d'avoir la possibilité de changer de domaine si j'en ai envie, ou de pouvoir travailler dans des conditions

différentes (privé ou public, en France ou à l'étranger par exemple). Les profils des médecins de santé publique et leurs parcours sont très variés. J'avais déjà entamé cette réflexion vers la fin de mon externat.

Après deux ans de médecine générale, j'ai fait mon droit au remord avec l'idée de faire de l'évaluation médico-économique (EME), un domaine qui m'intéressait sur le papier : réfléchir à l'organisation des soins, faire des choix en fonction de ressources limitées. J'ai donc fait, sur les conseils de notre référent en EME, de l'épidémiologie avec de l'analyse de données et des statistiques (via les stages et un master 2 de méthodologie et statistiques en recherche biomédicale), avant d'appréhender les spécificités de l'EME (via un stage et le DU méthodes et pratique en EME). J'ai finalement compris que j'avais fait un choix qui ne me correspondait pas vraiment.

À ce moment-là, j'étais déjà bien avancé dans mon parcours, après deux ans et demi. Finalement je me suis retrouvé par hasard en veille sanitaire en ARS (Agence Régionale de Santé), sans trop d'attente ni d'a priori. Ce qui m'a plu dans ce stage, c'est la gestion : on reçoit des alertes sanitaires, on évalue leur gravité, et on agit pour casser les modes de transmission et éviter la survenue de nouveaux cas. C'est le domaine de la santé publique qui se rapproche le plus de la pratique clinique, car on mobilise ses connaissances médicales et le rythme de travail est rapide : on reçoit un signal, on analyse la situation, on propose des solutions, et on passe à autre chose. En santé publique, par rapport à la pratique hospitalière, c'était étrange d'être dans un bureau, derrière un ordinateur, avec un autre mode de relation avec les collègues. Mais la veille, c'est aussi du travail de moyen et long terme en mode « santé publique ». C'est ce mélange des genres que j'apprécie. Après un an de stage, j'ai été embauché officiellement dans le service. J'y suis depuis plus de 6 ans.

GLM : Est-ce que tu as eu l'impression d'être formé, pendant ton internat, à ce positionnement de gestionnaire de projet, à la coordination de partenaires, ou est-ce que cela t'est venu plus tard ?

LD : Pour ma part, j'ai appris sur le tas grâce à mes différents stages. Cependant je n'avais jamais travaillé sur un projet de A à Z, la durée d'un stage étant le plus souvent insuffisant. Je n'ai par exemple jamais mis en place ni animé de groupe de travail, ou encore abordé les parties financières d'un projet. Néanmoins, dans la plupart des stages, on nous donne un projet avec un objectif fixé. On apprend alors à déterminer les différentes étapes à suivre, à estimer la durée d'exécution des tâches, à anticiper les difficultés, à communiquer avec ses partenaires ainsi qu'à présenter et défendre son travail.

En veille sanitaire, je ne fais pas de la gestion de projet au sens strict, mais je suis référent de trois thématiques variées (légionellose, agrégats spatio-temporels de maladies non infectieuses et suivi des victimes en cas de situation sanitaire exceptionnelle impliquant beaucoup de victimes). L'objectif est de rendre la gestion des signaux sanitaires la plus fluide possible en assurant la meilleure coordination possible avec les partenaires. Cela nécessite une bonne expertise sur la thématique, d'être capable d'identifier des points d'amélioration, de prendre en compte l'évolution des outils de travail et des attentes des autorités, ainsi que d'instaurer une relation de confiance avec nos partenaires.

GLM : Tu as évoqué la qualité relationnelle. Est-ce que c'est quelque chose d'inné, ou as-tu appris sur le tas ? As-tu suivi des formations spécifiques ?

LD : Pour moi, être doté de bonnes intentions est la clé. Il faut rester ouvert et à l'écoute.

Pour les partenaires (internes ou externes), j'essaie de comprendre et d'adopter leur point de vue. En respectant les compétences de chacun, on parvient normalement à bien délimiter le qui fait quoi. La relation se construit dans le temps, et il ne faut pas oublier que rien n'est figé dans le marbre.

Pour la gestion des signaux, on est en contact avec des professionnels de santé, des patients, des familles. L'expérience acquise pendant mes stages cliniques m'a été très utiles, notamment pour faire face aux situations délicates (e.g. décès du patient) qui nécessitent de l'empathie et du tact.

GLM : Peux-tu nous expliquer rapidement le fonctionnement de la veille sanitaire ?

LD : La mission principale du service de veille sanitaire est de gérer les signaux sanitaires qui correspondent majoritairement à des pathologies infectieuses. Ils sont transmis par des médecins, des biologistes, des particuliers ou des élus. Dans les Hauts de France, nous sommes 6 médecins dont 1 responsable, 1 pharmacien, 7 IDE et 3 adjoints administratifs. On travaille à distance par téléphone et par ordinateur. On distingue :

Les signaux justifiant une investigation sanitaire tels que les maladies à déclaration obligatoire (appelées MDO : 38 maladies dont 33 nécessitent une intervention de santé publique urgente) et les pathologies hors MDO pouvant justifier un appui pour limiter leur diffusion (e.g. épidémie de gastro-entérites, dans les établissements médico-sociaux, cas groupé de coqueluche en milieu scolaire, etc.)

Les signaux justifiant une évaluation sanitaire plus ou moins un suivi (e.g. les infections associées aux soins)

Les demandes requérant un traitement administratif (e.g. autorisation de transport personnel de médicaments stupéfiants ou psychotropes dans l'espace Schengen)

Chaque situation est différente et mobilise des compétences variées et plusieurs services de l'Etat (e.g. Santé publique France pour les enquêtes épidémiologiques, éducation nationale pour les signaux en milieu scolaire, Direction Départementale de la Protection des Populations pour les enquêtes alimentaires). Certains signaux peuvent aboutir à des alertes et des crises sanitaires qui rythment notre activité plusieurs fois par an (e.g. cas groupé de SHU en milieu scolaire, épidémie de rougeole, monkey pox). La communication auprès des partenaires et de la population est alors primordiale.

GLM : Comment as-tu vécu le COVID en tant que membre de l'ARS en veille sanitaire ?

LD : Le COVID a été une crise sanitaire sans précédent qui a mobilisé l'ensemble des agents de l'ARS et particulièrement notre service. Cependant, nous sommes amenés via notre activité de veille à répondre régulièrement aux alertes et crises sanitaires en lien avec les maladies infectieuses. On avait donc déjà des réflexes et des process en place sur lesquels on a pu capitaliser. Néanmoins l'ampleur de la crise nous a obligé à faire preuve de créativité et de souplesse pour s'adapter aux différents moments de la crise. Pour ma part, j'ai essentiellement été mobilisé sur le contact-tracing. Par exemple, on a fait développer par nos informaticiens un outil informatique dédié. En tant que médecine de veille, j'ai été amené à participer au recrutement, former et superviser des équipes de contact-tracing. Cette expérience a été très riche sur le plan professionnel.

GLM : Comment vis-tu les dernières annonces gouvernementales, comme le décret qui soumet certaines décisions du DG de l'ARS à l'aval du préfet ?

LD : Pour l'aspect concernant la gestion de crise, l'action des ARS a toujours été inscrite sous l'égide des préfetures. En effet, une crise sanitaire peut avoir des dimensions extra-sanitaires (e.g. le COVID) et à ce titre le pilotage est assuré par le ministère de l'Intérieur via les préfets pour les événements localisés. L'ARS a alors pour missions d'apporter son expertise et son appui pour mettre en œuvre les mesures de gestion propres au domaine sanitaire. La difficulté est de définir le moment où une situation sanitaire est préoccupante, puisque la perception de la gravité peut différer entre des agents administratifs et des professionnels de santé. Cela nécessite des échanges fluides et réguliers avec les préfetures pour prévenir tout malentendu.

Quoi qu'il en soit, je pense qu'il y aura toujours un réel besoin d'expertise sanitaire.

GLM : Un message à transmettre aux internes en santé publique ?

LD : Je conseille aux internes d'explorer différents domaines de la santé publique au début de l'internat, puis de chercher à se spécialiser en fin de cursus. Le parcours en santé publique est très varié, et les rencontres jouent un rôle important. Il faut rester ouvert.

GLM : Merci beaucoup pour cet entretien.

CLOTILDE MORINEAUD

Médecin de Santé publique

Conseil Départemental de Gironde



GLM : Bonjour Clotilde, peux-tu te présenter rapidement ? De quelle ville viens-tu ? Où as-tu fait ton internat et quel est ton poste actuel ?

CM : J'ai 34 ans, je suis médecin de santé publique depuis 2021. J'ai fait mes études de médecine à Poitiers, puis une grande partie de mon internat entre Poitiers, Bordeaux et Paris, avec une année de césure pour suivre le Master of Public Health (MPH) à l'EHESP.

GLM : Peux-tu nous décrire les éléments marquants de ton parcours, en médecine de manière générale, et plus spécifiquement pendant ton internat ?

CM : Très tôt, j'ai su que ce qui m'intéressait en santé publique, c'était la prévention et la promotion de la santé. J'ai donc orienté mon parcours dans ce sens, en respectant la maquette de l'époque. J'ai passé l'ECN en 2016, à une période où le statut de docteur junior n'existait pas encore. À Poitiers, nous faisons partie de l'Union du Grand Ouest, avec des stages obligatoires en épidémiologie, gestion des risques, hygiène hospitalière, etc.

Mon premier semestre, je l'ai passé à l'Observatoire régional de la santé. J'y ai découvert les études quantitatives, mais c'est surtout les études qualitatives qui m'ont intéressée. J'ai participé à un diagnostic local de santé, ce qui a confirmé mon envie de m'orienter vers la promotion de la santé.

Ensuite, j'ai travaillé au CHU de Poitiers sur la gestion des risques et la qualité. J'y ai trouvé un sujet de thèse, que j'ai soutenu en fin de troisième semestre. Ma thèse portait sur la diffusion de la culture de qualité des soins, avec l'organisation d'une journée pluriprofessionnelle de formation pour le pôle cancérologie du CHU. L'objectif était de déployer cette formation en interne, mais le projet a été repris par une collègue après mon départ pour Paris.

GLM : Qu'est-ce qui a motivé ton attrait pour la promotion de la santé ?

CM : Tout a commencé avec un volontariat international en Chine pendant mon année Erasmus en 2014. J'y ai découvert une vision de la santé totalement différente, centrée sur l'équilibre global de l'individu plutôt que sur le traitement des organes séparément. Cette approche m'a marquée, un vrai changement de paradigme... on ne va pas dire "il faut que les gens ne soient pas malades", mais "il faut que les gens se sentent bien".

GLM : As-tu rencontré des personnes qui t'ont influencée dans cette voie ?

CM : Oui, notamment Virginie Migeot, que j'ai rencontrée peu après mon retour en France. Elle m'a montré qu'il était possible de travailler autrement que dans la simple prise en charge des maladies et elle m'a permis de faire cette thèse en qualité des soins où je touchais déjà le côté « formation » et « représentations », ce qui m'a rapproché et a concrétisé mon envie de m'orienter vers la promotion de la santé.

GLM : Peux-tu nous parler de ton master à l'EHESP ? Qu'est-ce qu'il t'a apporté ?

CM : Le MPH est un master international, ouvert à des profils variés, pas seulement médicaux. Sa grande force réside dans sa dimension internationale : on y rencontre des étudiants du monde entier, ce qui permet d'avoir une vision globale de la santé publique. J'ai choisi des majeures en promotion de la santé, management, politiques publiques et santé environnementale.

Toutefois, ce master m'a apporté un excellent niveau d'anglais et une confrontation avec d'autres systèmes de santé. Cependant, il reste très généraliste. Pour une pratique quotidienne en France, il m'a moins servi que pour une carrière dans une organisation supranationale ou une ONG.

GLM : D'autres éléments en particulier qui t'ont marqué pendant ton internat ?

CM : Pour mon M2, j'ai pu faire un stage à l'organisation Panaméricaine de la santé (branche de l'OMS), au bureau "périnatalité" qui se trouve à Montevideo (capitale de l'Uruguay), bien que le siège se trouve à Washington, historiquement, la périnatalité est à Montevideo.

L'objectif était de créer et de déployer une application pour sensibiliser les femmes enceintes aux risques chimiques et environnementaux... Autant te dire qu'en 2018 pour l'Amérique du Sud, c'était probablement très tôt, avec un accès à internet qui est très inégal sur le territoire.

Alors tu me dirais, pourquoi j'y suis allé ?

Et bien parce que j'avais envie de travailler pour un organisme supranational, participer à l'insufflation des politiques de demain, et je trouvais ça incroyable !

Se dire que ce que l'OMS imagine aujourd'hui aura peut-être un impact dans 20 ou 30 ans....

Sauf qu'en réalité je me suis un peu cassée les dents parce que c'était complètement déconnecté de la réalité, et en rentrant en France j'ai appelé Virginie en lui disant qu'il fallait que je retrouve des politiques publiques "réelles", pas complètement hors sol.

GLM : Après ton master, comment s'est déroulé la fin de ton internat ?

CM : J'ai fait trois semestres à l'ARS Nouvelle-Aquitaine et un semestre au CCAS de Poitiers, en pleine période COVID. J'y ai travaillé sur le projet "Sexploration", qui visait à sensibiliser les collégiens de 3e à la santé sexuelle. À cause des restrictions sanitaires, nous avons dû réinventer le projet : au lieu d'emmener les élèves dans des structures, nous avons dû faire venir les structures dans les collèges.

À l'ARS, j'ai travaillé sur la Stratégie Petite Enfance qui avait été initiée en 2014 et visait à réduire les risques chimiques dans l'environnement intérieur des jeunes enfants et des femmes enceintes. J'ai également participé à la mise en place d'une CPTS (Communauté Pluriprofessionnelle Territoriale de Santé) dans un territoire rural entre les Landes et le Gers. C'était un vrai défi de fédérer des professionnels de santé libéraux autour d'un projet qu'ils ne connaissaient pas encore.

GLM : Ton internat t'a-t-il préparée à la prise de parole, au management ou à la gestion de projet ?

CM : Disons que j'ai eu une prise de poste « grande marche », et pas « petite marche ». L'internat de santé publique permet d'apprendre à travailler avec des professionnels non-médicaux, ce qui est essentiel pour mener des projets pluridisciplinaires. Cela m'a appris à m'adapter, à comprendre les besoins des autres et à trouver un terrain d'entente. Je repense à un CLISPro en 2017 où on avait été sensibilisé à la prise de parole en public, la conduite d'entretien de recrutement, la rédaction d'un CV..., mais c'est sur le terrain que j'ai vraiment appris à gérer une équipe.

GLM : Peux-tu nous parler de ton poste actuel ?

CM : Je travaille au Conseil départemental de la Gironde, dans la Direction de la Promotion de la Santé. Cette direction comprend quatre services : la PMI santé du jeune enfant, la PMI mode d'accueil, la PMI ressources, et le service PMI adolescents-adultes, que je gère. Ce dernier service inclut des missions spécifiques déléguées par l'État, comme le CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des IST), la lutte contre la tuberculose (CLAT), et un centre départemental de vaccination (CDV), en plus des missions inhérentes au Conseil départemental que sont les Centres de Santé Sexuelle et l'accompagnement périnatal par les sages-femmes.

A savoir que la Gironde est le département avec le plus fort taux de natalité (environ 15 000 naissances par an).

Mon rôle est principalement managérial : je gère une équipe d'environ 70 personnes (médecins, sages-femmes, infirmières, psychologues, conseillères conjugales et familiales, secrétaires etc.). Je suis épaulée par une cadre de santé et une coordinatrice sage-femme. Je fais aussi le lien entre le politique et la technique, en plaidant pour des politiques de santé cohérentes et adaptées aux besoins du territoire.

GLM : Comment gères-tu les restrictions budgétaires actuelles ?

CM : La Gironde est l'un des départements les plus touchés par les coupes budgétaires. Cela se traduit par des postes parfois non renouvelés et des missions si ce n'est réduites, du moins revues et réorganisées. Mon rôle est d'accompagner les équipes dans ce contexte, en expliquant les contraintes et en adaptant les missions. C'est un exercice d'équilibre permanent, mais c'est aussi le cœur du métier de chef de service, que je fais en partenariat constant avec toute l'équipe de Direction.

GLM : Peux-tu nous parler des COREVIH (Comités de Coordination Régionaux de Lutte contre le VIH) et de leur évolution ?

CM : Les COREVIH évoluent vers des Comités Régionaux de Santé Sexuelle (CORESS). L'objectif est de passer d'une logique de prévention centrée sur le VIH à une approche plus large de promotion de la santé sexuelle, en accord avec la définition de l'OMS. En Gironde, cela renforce une dynamique partenariale déjà très forte, notamment grâce à un tissu associatif et militant historique.

Le département s'est engagé à devenir un "département sans sida" en signant la charte de Paris en 2023. Cela s'inscrit dans une volonté de cohésion entre les acteurs institutionnels, associatifs et politiques.

GLM : Comment ces évolutions impactent-elles ta vision de la santé publique ?

CM : S'engager dans la santé publique, c'est être un peu rêveur, utopiste et fou. Sans cette part d'idéalisme, il serait difficile de continuer face aux défis actuels. Mon expérience m'a appris à m'adapter, à ajuster mon discours et à trouver des compromis, à lâcher prise, tout en gardant le cap sur mes convictions. Et puis ça force à plus de cohésion, à tenter d'imaginer tous les possibles ensemble !

GLM : Un mot pour conclure ?

CM : La santé publique, c'est la santé dans toutes les politiques. C'est un domaine vaste, qui demande de la persévérance et de l'énergie, mais qui offre aussi une grande richesse humaine et professionnelle.

KILLIAN L'HELGOUARC'H

Interne en dernière année de médecin générale.

Président de l'ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes)

Jusqu'en Septembre 2025

Présentation

Je suis Killian L'helgouarc'h, un interne de médecine générale en dernière année, à l'université de Montpellier-Nîmes et je suis originaire comme mon nom l'indique, du Finistère, en Bretagne où j'y ai fait mon externat avant de partir dans le Sud.

Depuis septembre 2024 je suis président de de l'ISNI (Intersyndicale Nationale des Internes)(plus d'actualité, passation début septembre).

De mémoire, je me suis toujours engagé, depuis la 6e où j'ai été délégué de classe jusqu'en Terminale.

Après, je me suis engagé dans le tutorat en tant que tuteur de 2e année, puis j'ai géré le tutorat à Brest où j'ai pu faire pas mal de choses pour tenter de l'améliorer.

Je me suis aussi engagé à l'ANEMF puis élu au Conseil d'administration de mon université. Et J'ai aussi été élu au à la Fédération territoriale au niveau de territoire Breton, Brest et Rennes.

Donc c'est assez naturellement qu'à mon arrivée à l'internat j'ai cherché de nouveau à m'engager. Je suis rentré dans le syndicat local tout de suite en tant que « VP perspective pro et partenariat », l'année suivante j'ai pris le secrétariat général, et puis l'année d'après j'ai pris la présidence (du syndicat local) assez peu de temps finalement puisque je suis parti au national, et nous voilà aujourd'hui.

Une vie d'associatif

De son expérience dans le milieu associatif, il y a deux « profils » de personnes : les engagés depuis longtemps, qui ont déjà une expérience et qu'on retrouve régulièrement dans les différentes instances (ANEMF, ISNI, Corpo, tutorat...), et il y a ceux qui se découvre une volonté de s'engager à l'internat.

Cela pourrait paraître paradoxal aux vues des contraintes horaires imposées par l'internat (frein à l'engagement pour de nombreux internes) comparé à l'externat et son planning plus souple (ou en tout cas



moins contraignant) ... Il est possible que le passage du côté « professionnel » joue un rôle, le fait que les mesures qui nous sont imposées nous impactent directement dans nos pratiques, avec les patients, et puis « il y a aussi un intérêt un peu personnel quand on s'engage, sinon si c'est que de l'altruisme, on ne peut pas tenir très longtemps » ... Enfin, la santé mentale en berne des internes, le fait qu'on connaisse tous un interne qui a traversé des moments difficiles, a probablement un impact sur la motivation de certains. es à vouloir changer le système.

Même si finalement c'est souvent les cordonniers les plus mal chaussés on se bat tous pour les 48h, mais je suis le premier à ne pas faire 48h, mais on s'engage pour les autres ».

De son expérience, la clef de la compétence en associatif vient dans la pratique d'un côté (savoir expérientiel), et de l'autre, dans la qualité des passations, élément primordial pour ne pas se poser les mêmes questions chaque année, et répéter les mêmes erreurs.

« Je n'ai pas eu tellement de formation en tant que telle » (à la pratique associative, de management, ou d'animation de groupe ».

En médecine, les associations sont souvent reprises par des groupes d'amis (sauf certains cas) qui se connaissent déjà et qui se motivent, et c'est dans ce cas-là que l'ISNI peut les aider de par leur expérience (rôle formateur) et de compagnonnage.

« Depuis petit, je manque de confiance en moi, et le fait d'être président, bah c'est aussi un challenge... Se donner, se présenter, se faire élire face à d'autres. »

La présidence d'une association à grande échelle comme l'ISNI entraîne de facto une mise en lumière médiatique et le fait d'avoir une grande expérience du terrain associatif permet de gagner en légitimité, effet qui est complété par le sentiment assez « confortable » de pouvoir intervenir sur les autres postes en cas de besoin.

Rôle de l'ISNI

L'ISNI représente toutes les spécialités, de quasiment toutes les villes. Elle a un rôle de soutien auprès des « internes » et non « d'une » spécialité. Il y a une variété de spécialités représentées au bureau (10 membres), et cette année pas mal de médecins généralistes. C'est, au passage, la troisième fois qu'un généraliste est à la présidence.

Quand il y a un problème à résoudre, la question de fond se pose avant tout sur le vécu de l'interne, il y a donc assez peu de conflit de spécialités, si ce n'est quelques tensions parfois avec l'ISNAR-IMG (Syndicat des médecins généralistes).

Sa force réside donc plutôt dans sa capacité de cohésion et de coalition, qui a permis lors des manifestations sur la liberté d'installation, de mettre 1 interne sur 2 en grève au niveau national.

« Cette force de frappe, on l'a parce qu'on est sous une même bannière »

Par contre, s'il y a un conflit entre 2 spécialités, l'ISNI ne pourra pas trancher. Et cela n'empêche pas les spécialités de continuer à porter leur vision.

Typiquement « je suis plutôt défavorable à l'allongement des études de médecine, mais les neurologues, les urgentistes, les dermatos le veulent, donc on les suit. »

« Ça fait partie de la philosophie globale et je trouve que c'est hyper enrichissant quand il y a des internes de cardio qui viennent me voir parce qu'ils aimeraient bien faire une option rythmo qu'ils n'ont pas dans leur terrain... Et c'est là où tu commences à creuser. C'est quoi l'option Rythmo ? Qu'est-ce qu'il y a comme option pour les cardios, etc... Donc tu es confronté à l'écosystème des autres spécialités et comment les autres spécialistes sont formés, et ça permet de sortir un peu de sa spécialité, et je trouve que c'est une ouverture d'esprit qui est vraiment importante. »

Médecin et engagement, un oxymore ?

L'opinion publique vis-à-vis des médecins n'est pas au beau-fixe, mais selon Killian, d'avantage de par les positionnements extrêmes des syndicats « séniors », positionnements extrêmes qui sont plus médiatiques, en rajoutant à cela qu'il existe une multitude de syndicats séniors (contre les 2 pour les internes) avec chacun leur mouvance.

Il existe un décalage (que l'on retrouve dans tous débats publics) entre les postures techniques des médecins et le besoin de compréhension des usagers, il y a donc un enjeu important autour des capacités de vulgarisation, de la communication. Typiquement la notion « d'assistantat territorial » est une notion difficilement simplifiable sans tomber dans la caricature.

Il peut aussi y avoir des conséquences (qui ne devraient pas avoir lieu) lors d'un engagement syndical, comme des tensions avec les services, des surnombres non respectés, où des retours négatifs d'anciens partenaires restés sur d'autres associations.

Normalement, quand on est syndiqué, il ne doit pas y avoir de discrimination au travail lié à l'engagement syndical, même si dans les faits il est facile de le savoir.

« Y'a pas besoin d'aller chercher très loin pour voir que j'ai été président de l'ISNI et je pourrai m'attendre à ce que des services me voient comme « l'interne qui connaît la loi », qui n'hésitera pas à gueuler pour dire que les choses ne sont pas normales etc... ».

« J'ai toujours eu un peu d'appréhension quand j'arrivais dans les services, et d'ailleurs je n'ai pas honte de le dire, il y a des services où j'ai été et qui ne respectent pas la loi, et pour autant je ne me suis pas battu corps et âme pour faire changer complètement le service... Parce que je sais que c'est bien plus complexe que ça, parfois je préférerais ne pas faire de vagues pour que je puisse correctement faire mon travail de représentant syndical, avec du temps dégagé pour. »

L'engagement associatif peut permettre de mieux appréhender le système dans lequel on travaille par les questions qu'il nous pose, ce qui peut impacter notre manière de travailler « Quand j'ai un peu de temps en consultation, je prends du temps pour expliquer au patient pourquoi c'est 30€, pourquoi les médecins ne sont pas payés par la Sécu, mais payés par les Français, etc... Et même avec les collègues, dès qu'il y a des questions qui touchent à la réglementation, on vient me poser des questions, on m'envoie des messages... »

L'indépendance des médecins

Conserver un regard distancié et indépendant sur les politiques de santé grâce au statut d'agent public sous statut (et non fonctionnaire) semble essentiel pour continuer à pouvoir donner notre avis, exprimer notre opinion, pour ne pas être simplement spectateur, mais bien acteur des changements. Le but de l'engagement n'est pas de dresser uniquement des constats, mais bien d'essayer de trouver des solutions et leviers à l'amélioration continue « c'est ça qui m'anime en soi ».

Les intérêts sont souvent différents en fonction des parties prenantes, les politiques, les médecins, les patients ne voient pas les mêmes choses et n'ont pas les mêmes attentes. « Dans le débat public, j'ai l'impression qu'on a un peu oublié qu'on devait arriver à un consensus. Dans une négociation personne n'a complètement gagné et personne n'a complètement perdu ».

Un mot de conclusion

« On ne peut pas souhaiter d'attendre que ça soit les pouvoirs publics qui se saisissent de tous les sujets, il est important que ça puisse venir des personnes qui vivent dans le système qui proposent des solutions.

Il y aura toujours de la place pour s'engager, quel que soit le niveau, alors engagez-vous ! »

PASCAL JARNO,

Médecin de santé publique

CAPPS de Rennes



GLM : Bonjour Pascal, pourrais-tu commencer par te présenter ??

PJ : J'ai réalisé mes études à Rennes, fin des années 80. Initialement je n'avais pas choisi médecine pour la santé publique, mais il est vrai que je me suis senti assez vite à « l'étroit » dans ces études de médecine.

C'est donc naturellement qu'au cours de mon externat lors de séjours en Afrique de l'Ouest, en rencontrant et discutant avec les collègues de là-bas, que j'ai été sensibilisé à l'approche systémique.

En rentrant en France en 1988, sur les conseils du Pr Chaperon, l'occasion s'est présentée avec la réouverture de la filière (après 4 ans d'arrêt) et j'ai décidé de faire mon internat de santé publique.

L'équipe de l'époque était dirigée par Jacques Chaperon, et était très ciblée sur la santé communautaire et sciences sociales, bien avant qu'on ne parle de démocratie en santé.

A l'époque il y avait un service d'épidémiologie et d'hygiène hospitalière, l'ORS, et c'était à peu près tout.

Les stages « d'administration de la santé » n'étaient pas ouverts et les liens avec l'EHESP (ex-ENSP) ne s'étaient pas encore développés

Et puis j'ai eu la chance de faire une année recherche, ce qui m'a donné une année d'internat supplémentaire que j'ai faite aussi à Rennes. J'ai rajouté à cela un DEA (équivalent Master2) sur les méthodes d'analyse du système de santé. J'ai fait ma thèse un sujet d'économie de la santé « la santé comme un outil économique ».

Ensuite il y a eu l'assistantat à Rennes, dans le Service de santé publique, puis je suis passé PH au DIM.

Là j'ai décidé de partir en Polynésie française où j'y suis resté pendant cinq ans au bureau des maladies transmissibles de la direction de la santé. A mon retour, j'ai intégré le CCLIN Ouest (ancêtre du CPIAS Bretagne).

Et finalement en 2014 j'ai pris mon poste actuel à mi-temps sur le Chu et à mi-temps sur CAPPS Bretagne, poste sur lequel je suis à temps plein depuis 2022.

Histoire de formation

Il y avait déjà toute une réflexion au niveau national avec le CLISP et au niveau régional avec le SISPO (ancêtre du SIRPO pour l'Ouest) sur la construction d'enseignements partagés (Nantes, Brest, Rennes...) sur des domaines comme la santé communautaire, l'épidémiologie, les sciences sociales, l'analyse des institutions, l'économie de la santé...

« J'ai eu la chance d'être dans ce département ça la Fac, où les internes de l'inter-région venaient suivre gratuitement ces modules »

« Ce qui est assez drôle, c'est qu'un des premiers travaux que m'a donné Jacques Chaperon, c'était d'essayer de faire une « histoire de la discipline de santé publique », et donc je me suis retrouvé dans les archives ». Il semblerait que ça soit l'hygiène hospitalière qui ait ouvert les portes avec la création des CCLIN, structures interrégionales et donc non soumis au découpage administratif, permettant plus de liberté et d'innovation. Dans les suites, ce sont les départements d'information médicale qui se sont structurés, puis est arrivé l'analyse des pratiques avec l'évaluation, la qualité et la sécurité des soins et plus tard la promotion de la santé.

L'engagement

« A mon sens, un médecin de santé publique doit être vraiment ouvert aux champs de la santé au sens large, donc bien au-delà de la médecine. »

L'exercice de la santé publique regroupe des compétences en lien avec le collectif : l'organisation, l'animation, la mise en réseau... L'engagement associatif (quel qu'il soit) peut permettre de mieux comprendre les enjeux systémiques, de pouvoirs, d'analyse institutionnelle. Dans la société, ce sont des choses qui sont prises en compte.

Jacques Chaperon insistait beaucoup sur la nécessité de développer les approches des sciences sociales, de l'anthropologie, de la politique, de l'économie... ce sont des valeurs ajoutées, « Il me semble que c'est là-dessus qu'on fait la différence.... En tout cas, j'ai l'impression de faire mon métier comme ça, et que c'est ça qui me donne du plaisir ».

Cette année à Rennes, Promotion santé avec le CHU ont pu mettre en place pour la première fois une formation sur 3 jours, dédiées aux compétences transversales et à destination des internes de santé publique et de santé au travail, avec pour thématique sur les CPS (compétences psycho-sociales) appliquées à des situations réelles (animation de réunion, prise de parole, gestion de situations interpersonnelles difficiles) « je trouve que c'est une bonne pour les internes ! ».

Trouver sa place dans un groupe, savoir animer, faire des comptes-rendus, contacter des gens, coordonner un groupe de travail, faire vivre un réseau... ça paraît très « administratif », et pourtant ce sont des compétences essentielles, qui reflètent nos capacités à ingérer beaucoup d'information rapidement et être capables de les rendre exploitables dans des relations professionnelles pour rendre le travail en équipe efficace.

Le CAPPs « Coordination pour l'Amélioration des Pratiques et des Professionnels de Santé en Bretagne » C'est un structure d'appui qui repose sur le principe de non-substitution.

Il a été créé en 2013 par le Service de santé publique de Rennes et la Fédération hospitalière de France et grâce à l'implication de 2 médecins de santé publique. Le directeur du CHU de l'époque, ainsi que d'autres directeurs d'établissements, étaient tous militants à la CFDT. Ils avaient une vision collective et trouvaient important de créer une structure permettant aux petits établissements de bénéficier de l'expertise des plus gros.

Le service de santé publique s'est inspiré d'expériences existantes en Aquitaine ou en Franche-Comté, montées par des médecins de santé publique. **L'idée était vraiment de faire du « faire avec »** et d'apporter un appui aux professionnels qui en avaient besoin, en plus du « faire avec les usagers » qui est une spécificité du CAPPs. C'est un peu comme pour l'hygiène : les personnes qui travaillent sur la qualité, la sécurité, ou l'analyse des pratiques sont souvent isolées dans leur établissement. Créer un réseau leur permet de partager leurs expériences. On a tout de suite travaillé sur la pertinence des soins, un sujet qui n'était pas forcément dans le panier « qualité-sécurité des soins ».

La deuxième difficulté, c'était de promouvoir la démocratie en santé. C'était mon credo depuis que j'étais interne. On garde ce côté terrain et expertise. On est dans un paysage où on travaille avec des acteurs, des partenaires, et on apporte ça à nos adhérents. On développe des outils, on capte ce qui se passe au niveau national, et on essaie d'être en avance sur les sujets importants.

GLM : Quels profils retrouve-t-on au CAPPs ?

PJ : Médecins, ingénieurs, pharmaciens, diététiciens, cadres médico-sociaux, cadres de santé, patients partenaires, chefs de projet, usagers... On a déjà eu des internes qui ont travaillé sur des sujets au CAPPs Bretagne. On a même ouvert un poste officiellement. Vous êtes les bienvenus en Bretagne, bien sûr, mais il y a aussi des structures régionales d'appui dans chaque région depuis un décret de 2017, où les stages sont ouverts.

Pour moi, ce sont des structures de santé publique où on peut apprendre tout ce qu'on vient de dire : des compétences non spécifiques, mais aussi des compétences très spécifiques sur l'analyse des pratiques et des organisations, la pertinence, l'engagement des usagers, etc.

GLM : La transition était toute trouvée sur ce que tu disais du « faire avec ». Comment arrive-t-on à « faire avec » tout en se positionnant, en adaptant sa posture de leader (ou non) ? Comment apprend-on à jongler avec son statut, sa position, pour laisser la place aux autres et avancer de manière collégiale et coordonnée ?

PJ : Alors, je vais commencer par un regret : je ne me suis pas formé spécifiquement au management. Aujourd'hui, il y a des réflexions, des formations sur le management, que ce soit pour devenir chef de service ou responsable d'équipe dans une unité de recherche. Ces formations abordent des choses basiques, comme la gestion de son emploi du temps, mais aussi des aspects moins basiques, comme le travail en équipe. Je pense qu'il y a plein de choses à apprendre ! Il ne faut pas hésiter à se former à ce type de compétences,

à les identifier. Il faut avoir de l'appétence pour ça. Ça demande d'être à l'écoute de beaucoup de choses. On n'est pas que dans la production d'écrits, on est vraiment dans l'idée de défendre des idées et de les mener à bien. Ça demande des stratégies, de convaincre, de développer la confiance....

Je pense que ces aspects sont importants pour la coordination. J'ai parlé d'appétence, **mais la curiosité l'est aussi**. Cette capacité à aller regarder ailleurs, à faire un pas de côté, tout en écoutant et en ayant confiance. Moi, je fais mon métier en essayant de développer une équipe autonome.

La confiance et l'autonomie, c'est important.

Par rapport à ta question sur le leadership, je pense que c'est important d'écouter. J'ai entendu un expert en simulation dire : « **Le leadership, c'est super, mais le followership est tout aussi important.** »

Savoir se mettre en suiveur, accepter que ce ne soit pas toujours toi le leader, et reconnaître que d'autres peuvent avoir de meilleures idées. En politique, par exemple, ce serait bien qu'on arrive à ça : que les gens se parlent et écoutent ce que les autres proposent. Dans nos métiers, c'est très important.

Notre formation en santé publique est importante : tout ce qu'on apprend sur le système de santé, les approches systémiques, la santé globale, ça sert. Ça vient dans les réunions, ça permet de penser les choses.

Par exemple, savoir que telle structure qui coordonne les CPTS est portée par tel syndicat, et que celle qui coordonne les MSP est portée par un autre, et que ces syndicats ne s'entendent pas forcément. Ça évite de commettre des erreurs même si quand on coordonne, on en fait forcément.

Il ne faut pas oublier l'expertise bien sûr, il faut savoir de quoi on parle dans le fond.

GLM : C'est quoi pour toi, un leader ?

PJ : Moi, ce que je voudrais dire, c'est que j'ai eu la chance de côtoyer trois personnes qui m'ont beaucoup marqué en santé publique. Je vais citer leurs noms.

Trois rencontres

D'abord, **Jacques Chaperon**, qui avait un parcours atypique. Il a commencé par des engagements politiques au début des années 80, quand la gauche est arrivée au pouvoir. Il a travaillé au ministère de la Santé quand c'était un communiste qui en avait la charge. C'était un statisticien hors pair, avec une approche systémique. Ça ne veut pas dire qu'il n'avait pas de pouvoir, mais il essayait de le partager et d'utiliser son pouvoir pour faire avancer ses idées, qui étaient très

progressistes, et pour embarquer les personnes qui travaillaient avec lui.

Ensuite, il y a **Pierre Lombrail**, qui est encore professeur, je pense, à Paris. C'est lui qui a monté la santé publique à Nantes avant de retourner à Paris. Son sujet, c'était les inégalités en santé. Il était très engagé dans l'éducation thérapeutique. Il n'avait pas d'illusions sur la notion de pouvoir. Il savait qu'il était important d'en avoir, mais il essayait de l'utiliser pour développer les savoirs, partager les pouvoirs, créer et développer des choses innovantes.

Et puis il y a **Marie-Odile Frattini**, médecin de santé publique qui travaillait à l'ORS. C'était pareil : tu avais l'impression d'être intelligent avec elle, c'était très confortable. Elle te valorisait énormément, trouvait toujours quelque chose de bien dans ce que tu proposais. C'est très confortable d'être formé par des gens comme ça. Ça donne confiance et ça donne envie de faire des choses, de travailler pour eux, de développer des projets.

Leadership ?

Moi, je pense qu'il faut vraiment déconstruire cette idée de leadership. Le système politique dans lequel on est, ça ne va pas du tout. **Il faut arriver à des approches plus collectives.**

Quand je dis déconstruire le leadership, c'est « arriver à être plusieurs ». Mais du coup j'ai parfois du mal avec une certaine idée de l'autorité pour ces raisons-là. Quand je travaille avec l'ARS, je passe beaucoup de temps à créer des partenariats, à dire : « On se met d'accord sur un programme, et après, on met en action les méthodes les plus adaptées, pas forcément celles identifiées par la tutelle. »

La notion de « leader mouvant » c'est que ce n'est pas toujours la même personne qui est en première ligne.

Un.e leader, n'est pas forcément le ou la meilleur.e. Il faut être assez confortable pour dire : « Je ne sais pas. » ou : « Je sais que moi, je ne suis pas le meilleur sur ce sujet. » Il faut donner de l'autonomie à ses collaborateurs et être capable de solliciter des experts. Mais de fait, il faut aussi assumer que si on développe l'autonomie chez ses collaborateurs, ils prendront des initiatives, il faut les y accompagner.

Un autre point pour interroger cette notion de leadership : **la réflexivité**, toujours remettre en question ce qu'on fait. Je dis souvent : « On essaie, on tente. » Et puis se poser et se dire : « Qu'est-ce qui a marché ? Qu'est-ce qui n'a pas marché ? » C'est beaucoup plus que d'aller directement vers le négatif : « Vous avez merdé. »

La deuxième chose que je veux souligner, c'est l'éducation populaire. Moi, je m'aperçois que je suis hyper marqué par ça. J'ai participé à des maisons de jeunes et de la culture quand j'étais jeune. C'est ce qu'on retrouve dans tout ce qui concerne l'engagement des usagers, la promotion de la santé.

GLM : Je pense qu'on arrive à une belle image du leader ! Merci Pascal.

GATIANE STÉPHANT

Interne Santé Publique

4ème semestre, Lyon

GLM : Bonjour Gatiane, pour commencer cette interview, pourrais-tu te présenter ?

GS : Bien sûr ! Je m'appelle Gatiane Stéphant. Je suis interne de santé publique en quatrième semestre, actuellement en deuxième stage en inter-CHU à Paris. J'ai commencé mes études à Bordeaux, où j'ai fait mon externat, puis j'ai débuté mon internat à Lyon. Mes deux premiers semestres d'internat se sont déroulés de manière assez classique : d'abord au DIM (Département d'Information Médicale), puis au Service d'évaluation économique en santé des HCL (Hôpitaux Civils de Lyon). J'y ai fait un peu d'article 51.

GLM : Quel est, à l'heure actuelle, ton vécu de l'internat ?

GS : Au début, je me suis un peu ennuyée pendant mes premiers semestres, probablement par manque de sujets stimulants. Étant quelqu'un de dynamique, ce rythme ne me convenait pas vraiment.

Pendant ma première année, j'ai entendu parler d'Ernst & Young (EY) à Paris, un des « Big Four » (EY, PwC, KPMG, Deloitte). C'est un univers que je ne connaissais pas, alors que c'est une voie classique pour des amis ingénieurs ou dans le commerce. J'ai fait mon 3ème semestre là-bas ! Le cabinet est situé à La Défense, dans une tour, avec une équipe jeune et motivante.

Actuellement, je suis en stage à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), au bureau « Parcours qualité, usagers », où je travaille sur les soins éco-responsables et la pertinence des soins. C'est un sujet passionnant, mais comme il est assez nouveau, les choses évoluent lentement. De plus, les stages d'été sont souvent plus calmes.

L'année prochaine, je vais suivre l'option « Administration de la santé » de l'EHESP. Dans cette optique, on m'a conseillé de faire des stages orientés vers l'administration. J'ai obtenu ce stage à la DGOS grâce à un contact que j'avais rencontré lors de mon passage en cabinet de conseil. C'est une première pour ce bureau, qui n'avait jamais accueilli d'interne.

Pour la suite, je pense à un stage d'un an chez « Planète Publique », un autre cabinet spécialisé dans l'évaluation des politiques publiques en santé. Ce serait un juste milieu entre un grand cabinet comme EY, où

la santé n'est qu'une petite branche, et une structure entièrement dédiée à ce domaine.

GLM : Comment as-tu vécu ton expérience dans le privé, au cabinet de conseil ?

GS : J'ai adoré ! L'équipe était jeune et soudée, avec des chefs très accessibles. La différence avec le public, c'est que tout est motivé par des deadlines et la satisfaction du client. Cela crée un dynamisme que je recherchais. En tant qu'interne, j'étais un « bonus » pour eux, financée par l'hôpital public, donc sans pression excessive.

Les missions en cabinet

On fait du conseil méthodologique pour des hôpitaux : diagnostic de terrain, analyse des données, élaboration de feuilles de route ou de plans d'établissement. On travaille en groupe avec les soignants sur place. Les livrables sont très concrets et visuellement satisfaisants. Cela demande environ trois mois à temps plein.

GLM : Quelles compétences sont nécessaires ?

GS : Au début, on a besoin d'être accompagné, mais très vite, on apprend sur le tas. Il n'y a pas besoin d'un bagage théorique complexe. Dans mon équipe, il y avait des profils variés : un médecin de santé publique, une personne d'AgroParisTech, des économistes, des diplômés de Sciences Po...

GLM : Te vois-tu travailler dans un cabinet de conseil plus tard ?

GS : Je ne l'exclus pas, mais les cabinets sont très exigeants. J'ai besoin d'une certaine qualité de vie pour nourrir mes autres passions et je ne suis pas certaine qu'un poste en cabinet le permette, voilà toute mon ambivalence actuelle...

Ce qui est sûr, c'est qu'en tant que MSP, on a une vision du domaine médical que les autres n'ont pas, et ça peut être un atout.

GLM : Une question que j'aime bien poser : Pourquoi avoir choisi la médecine, au départ ?

GS : C'est très familial. Mes parents étaient très exigeants scolairement et ne valorisaient que les sciences. Médecine me rassurait, surtout par peur de me « vautrer » en prépa. Il y avait aussi l'envie de me sentir utile. Pourtant, je n'ai jamais été particulièrement attirée par l'anatomie ou les sciences pures. C'était un peu un choix par défaut, où je me projetai plus facilement qu'en ingénieure.

En réalité, dès la deuxième année, je ne me sentais déjà pas à ma place. Mais une fois engagée, il est difficile de changer de voie, car il n'y a pas d'équivalence.

Études de médecine

Dès la deuxième année, je me suis sentie à l'étroit en médecine. J'ai toujours eu des centres d'intérêt variés : littérature, histoire, philosophie. La PACES m'a donné l'impression d'être un « mouton qui coche des cases ». Je ne me sentais pas non plus à l'aise en clinique. J'ai donc fait une année de césure entre ma D2 et ma D3 pour suivre une L1 en lettres à Nanterre, en parcours « Humanités et art du spectacle ». J'ai adoré pouvoir voir autre chose même si au final, j'ai trouvé ce milieu un peu « égoïste » comparé à la médecine, où je trouve, tu te sens plus « utile », où c'est plus « concret ».

C'est à ce moment-là que j'ai découvert les interviews de la Martingale, notamment celle de Pauline Martineau (lors d'une conférence pendant mon année de césure). Son parcours m'a inspirée : elle montrait que la santé publique permettait de concilier médecine, politique, économie, et bien d'autres choses. J'ai vu là un bon compromis pour ne pas « gâcher » mes six années d'études tout en explorant d'autres horizons.

Elle est hyper inspirante : elle a monté des think tanks, fondé Imhotep et les ateliers Mercure, et a été la plus jeune conseillère d'un ministre de la Santé. Elle a un PhD en neurosciences et s'investit dans la nutrition. Elle explique qu'elle a découvert la santé publique un peu par hasard, mais qu'elle y a trouvé une liberté incroyable : « En santé publique, on peut tout faire. »

Sur l'option et les cours

GLM : Et tu as donc choisi l'option « Administration de la santé » de l'EHESP et tu es partie à Paris.

GS : Oui, Paris m'a beaucoup plu pendant ma césure. J'y ai trouvé une ouverture d'esprit et des rencontres enrichissantes. En santé publique, j'ai souvent été déçue par le manque de dynamisme dans mes stages. Au DIM, par exemple, j'ai fait de la programmation pour refondre leurs bases de données, mais les missions étaient assez « superficielles ». J'ai eu de la chance de tomber sur le cabinet de conseil, où j'ai retrouvé l'énergie qui me manquait.

Via l'option, j'espère acquérir un bagage théorique, car en arrivant en santé publique, on n'a presque aucune base. À Lyon, les cours sont souvent en distanciel, ce qui n'aide pas mon syndrome de l'imposteur...

Cependant je ne suis pas sûre que la formation soit parfaitement adaptée non plus. L'internat dure quatre

ans, avec des stages de six mois. C'est bien pour découvrir beaucoup de choses, mais on peut aussi se disperser. J'ai longtemps cru qu'il fallait devenir hyper-compétente dans un domaine avant de travailler, alors qu'en réalité, on apprend souvent sur le tas.

Et finalement je suis tiraillée : d'un côté, j'ai déjà investi huit ans dans ces études, et de l'autre, je me pose beaucoup de questions sur mon avenir.

GLM : C'est un questionnement fondamental. Beaucoup de gens semblent apprendre leur métier une fois en poste.

GS : Exactement. Je pense que je ne serai pas concrètement formée au job que j'aurai après mon internat. J'aurai acquis un bagage, mais j'apprendrai surtout en travaillant.

GLM : Certains trouvent que c'est bien de balayer large, mais pour toi raccourcir l'internat serait envisageable ?

GS : Oui, surtout si on sait rapidement vers quel domaine on veut s'orienter. Moi, je me dirige plutôt vers l'administration de la santé, car c'est un domaine qui me correspond. Mais est-ce que j'ai besoin de faire quatre ans de stages ? Peut-être pas. La vie est faite de surprises et d'opportunités...

Ça pourrait être intéressant d'interroger les jeunes MSP (médecin de santé publique) en poste depuis quelques années, pour avoir leur avis sur les compétences mobilisées à la prise de poste, et s'ils estiment que les 4 ans d'internat étaient nécessaires !

GLM : Tu as un profil très axé sur l'action et le dynamisme j'ai l'impression. Pourtant, tu me disais avant l'entretien être en train de faire un bilan de compétences. Qu'est-ce qui te manquerait en santé publique pour te projeter ?

GS : Un peu de liberté, je pense. J'ai un profil littéraire, voire artistique, et j'ai besoin de sortir du cadre. La santé publique permet de traiter des sujets variés, mais j'aimerais explorer d'autres voies, comme le journalisme en santé. Je me demande si je dois arrêter la médecine ou essayer de tout concilier.

C'est pour ça que je suis passé par un bilan de compétence via une structure en ligne qui propose 12 heures de visio avec des exercices, sur trois mois. L'objectif c'est de déterminer son profil via des tests psychologiques, de faire le bilan de ses compétences et de sa vie professionnelle, afin d'envisager soit un changement de voie, soit un compromis.

Cela peut être remboursé par le CPF (Compte Personnel de Formation), mais ce n'est pas accessible aux internes...

GLM : Merci Gatieane pour cet échange très instructif. Je te souhaite le meilleur pour cette période de questionnements !

QUELLES LEÇONS EN TIRER ?

Ces quelques rencontres nous ont permis de mettre en exergue certaines caractéristiques qui ont l'air nécessaires au médecin de santé publique de demain !

- **Ne pas négliger les compétences transversales**, il est important de savoir communiquer, en externe comme en interne, et cela doit passer par une phase d'identification de ses besoins, puis idéalement d'apprentissage
- **La curiosité, l'écoute, la confiance et l'adaptabilité** semblent primordiales dans la pratique de la santé publique
- **L'engagement, sous quelque forme que ce soit**, apparaît comme une force pour développer et mettre en application son savoir-être tout pouvant être source de connaissances, et il peut être une manière de faire bouger les murs
- **S'ouvrir aux autres**, et à leur pratique peut-être un gage d'une pratique plus sereine, permettant un travail en collégialité, et une horizontalité des rapports bénéfique si l'on n'apprend à lâcher prise
- On n'a jamais fini d'apprendre, et **l'ouverture d'esprit est la clef** d'une réflexivité dans sa pratique
- Finalement, **il semble qu'on apprenne beaucoup en se professionnalisant**, alors autant découvrir le plus de choses pendant son internat

Soyez humbles et intéressés dans votre aventure de la santé publique, et vous rencontrerez votre avenir !



Focus sur :

- Les CPS
- La maquette de santé publique



LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES



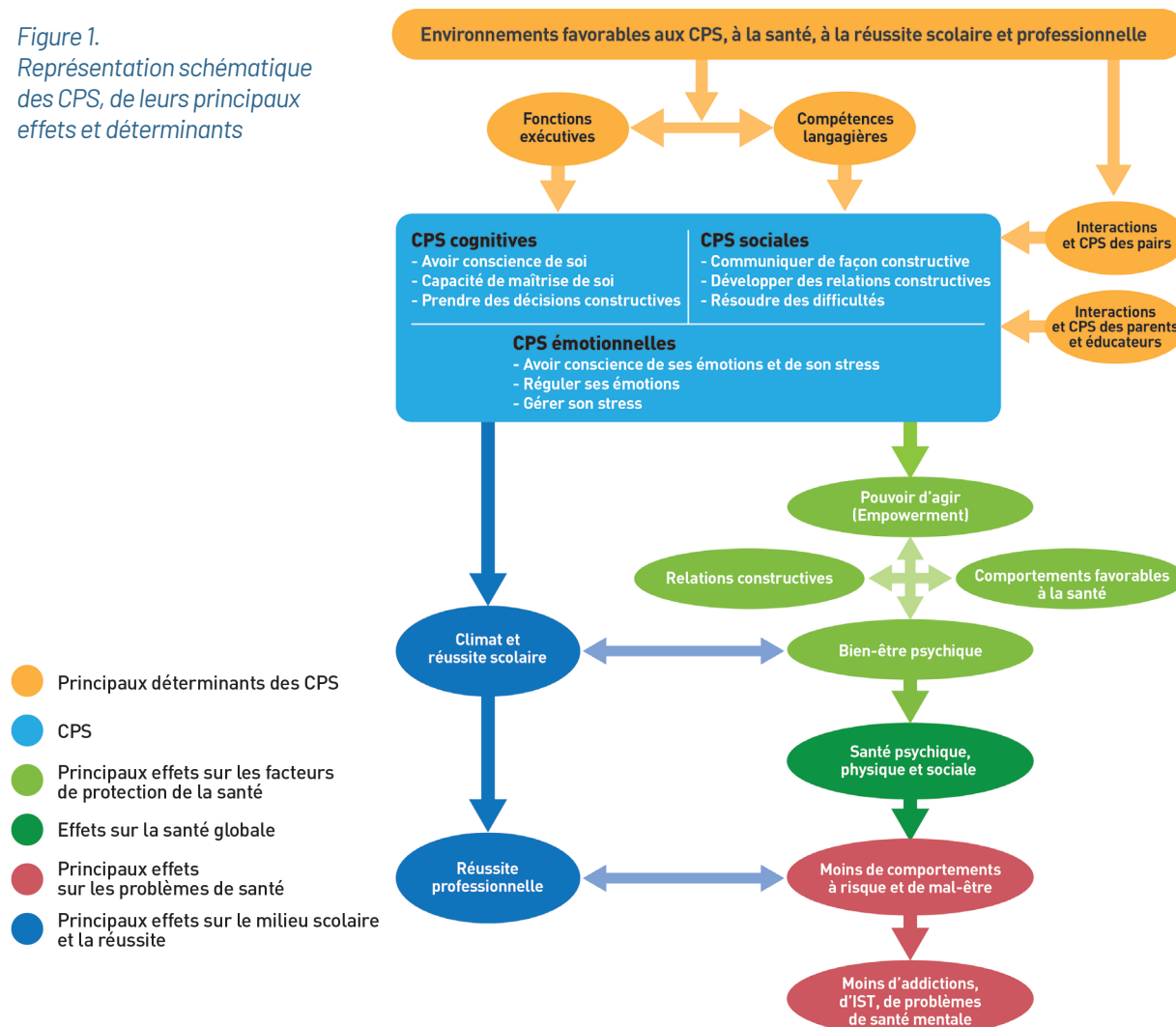
Pour aller avec le thème de ce CLISPro (et plus largement avec votre internat de santé publique pour tous.les les néo-internes), SPF a réalisé un référentiel faisant l'état de l'art sur le sujet des CPS. Vous pouvez le retrouver en ligne à ce QR Code.



Les CPS, sauf si vous vous destinez à travailler particulièrement sur le sujet, ne font pas partie des compétences théoriques « techniques » (« hard skills ») que vous devrez acquérir dans votre spécialité, mais font partie d'un ensemble de compétences appelées les « compétences douces » (en opposition, « soft skills ») qui s'apparentent à ce que l'on retrouve dans la représentation conceptuelle issue du monde de l'entreprise et de la psychoéducation (cadre non validé scientifiquement) de la compétence :

- Le savoir (connaissance technique, théorique)
- Le savoir-faire (connaissance pratique, gestuelle)
- Le savoir-être (capacité à communiquer et à valoriser son travail).

Figure 1.
Représentation schématique des CPS, de leurs principaux effets et déterminants



UNE MAQUETTE POUR LES GOUVERNER TOUS.TES ?

2 points d'intérêt autour de la formation des internes

- **La filière Administration de la Santé** : Suite à l'augmentation de la demande de formation des internes en administration, un référentiel est en cours d'écriture par les internes et médecins de l'option, à des fins d'amélioration de la lisibilité, de valorisation de la filière et de clarification des apports théoriques (stages + théorie) ; il se base en partie sur les attendus des MISP (médecins inspecteurs de santé publique)

- **Les attendus de formation des internes** : Des échanges sont en cours avec le CUESP dans le but de « clarifier » les voies d'abord de l'internat, avec une réflexion autour d'une possible classification en grands pôles de thématiques, le but n'étant pas de flécher où de standardiser des parcours, mais plus de gagner en lisibilité aux vues de la grande diversité de compétences attendues. (cf-schéma)

Pour rappel, voici la maquette actuelle de l'internat de santé publique

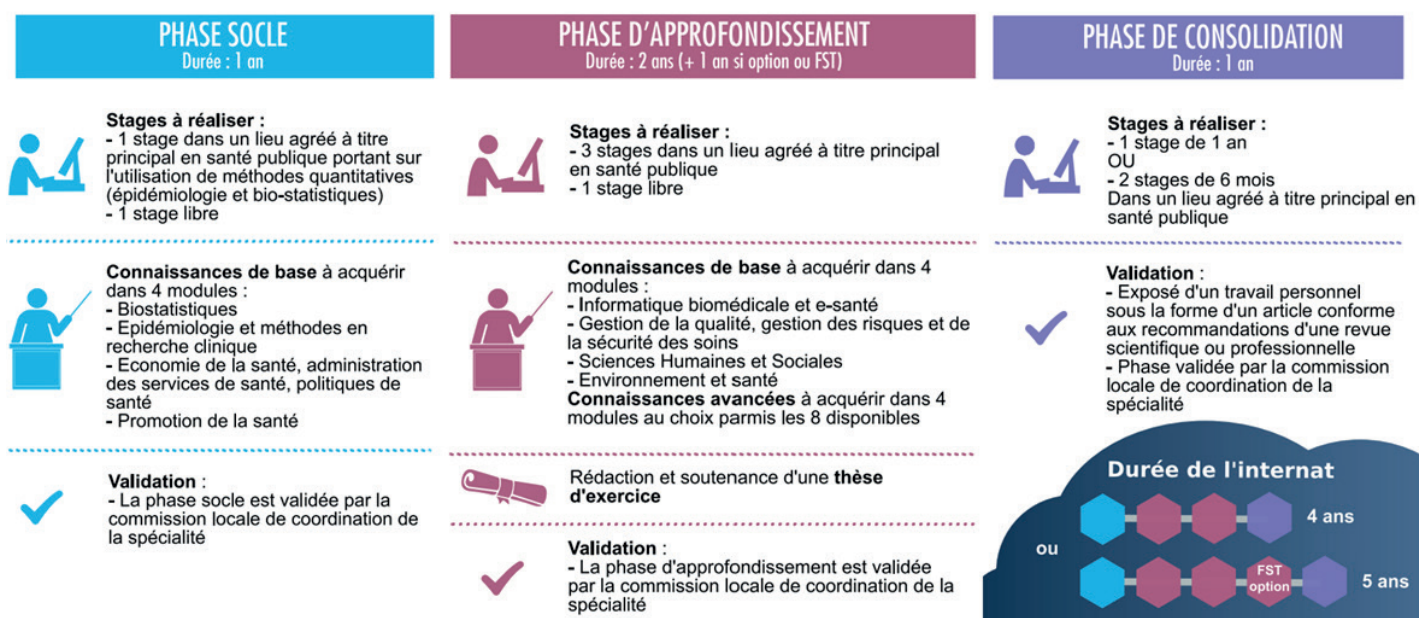
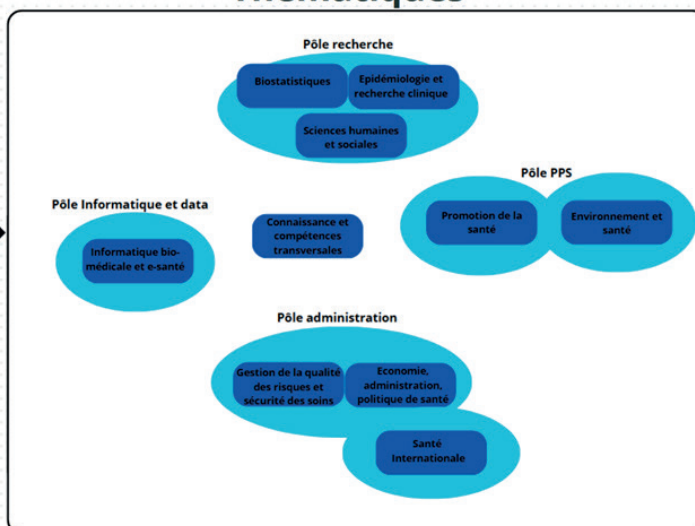


Schéma d'une possible représentation des domaines abordés pendant l'internat de santé publique

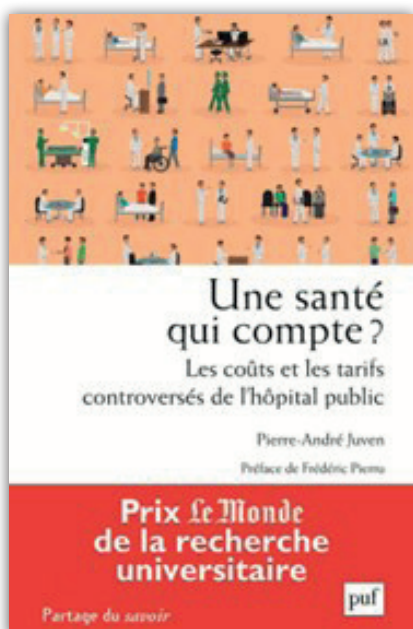
Référentiel



Thématiques



CONSEILS DE LECTURE



Une santé qui compte ?

Pierre-André Juven

Septembre 2016

Qu'est-ce qu'un patient rentable ? Qu'est-ce qu'un autre trop coûteux ? Selon quelles règles ces catégories sont-elles définies ? Comment juge-t-on qu'un hôpital n'est pas assez productif ? Comment certains établissements se retrouvent-ils en situation de quasi-faillite ? Quels effets ces situations financières ont sur la qualité du soin dispensé ? Comment les instruments économiques qui portent ces logiques peuvent-ils définir les pratiques de santé ? Et quelles critiques peuvent venir contester ces évolutions ?

C'est à ces questions que répond ce livre en s'intéressant au processus de mise en gestion de l'hôpital public depuis les années 1980 ainsi qu'aux formes de critiques nées de ces évolutions.

Les aventures d'une nouvelle interne en santé publique

Laetitia Leuci

Mars 2023

Dans sa bande dessinée Laetitia Leuci, docteur junior de santé publique au CHU de Dijon et ancienne étudiante en médecine à l'Université de Bourgogne, a souhaité partager son quotidien d'interne au sein d'une Instance Régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps, nouvellement Promotion Santé) par le biais d'anecdotes.

Tout le long de la bande dessinée, on explore son quotidien en passant par les concepts de santé publique, les réunions, le service sanitaire puis, par les différents projets et leurs déroulés.

Cette bande dessinée était un moyen pour Laetitia de faire découvrir la santé publique d'une façon plus ludique mais aussi, d'ouvrir les horizons des futurs professionnels de santé en matière d'orientation.

Elle permet d'avoir moins d'appréhension concernant l'internat en médecine puisqu'en suivant le quotidien de Laetitia, les futurs professionnels de santé peuvent se préparer à ce qui les attend et noter quelques astuces !



Retrouvable
gratuitement
en ligne :



Sur les conseils avisés de Pascal Jarno, un peu d'histoire de la médecine Bretonne, toujours d'actualité...

La médecine entre les savoirs et les pouvoirs

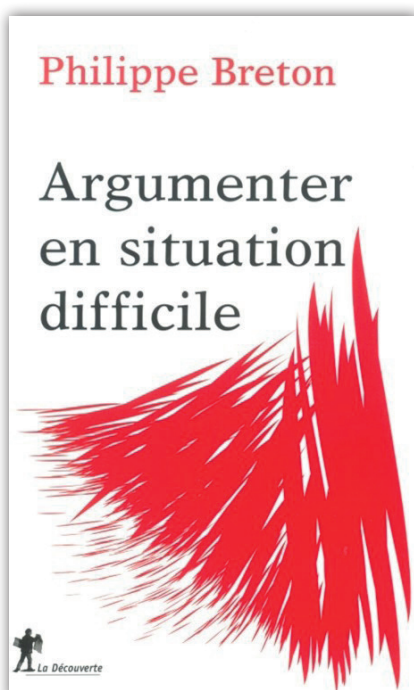
Jacques Léonard

1982

Histoire intellectuelle et politique de la médecine française au XIX^e siècle



Dans la thématique du CLISPro :



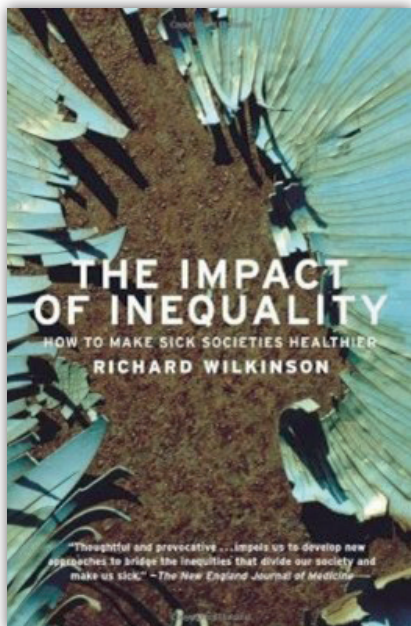
Argumenter en situation difficile

Philippe Breton

Septembre 2016

Que faire face à un public hostile, aux propos racistes, au harcèlement, à la manipulation, à l'agression physique et à la violence sous toutes ses formes ?

Nous sommes souvent confrontés, au quotidien, à des situations difficiles : prise de parole devant un public intimidant ou hostile, discussion avec des personnes qui ont un point de vue radicalement opposé au nôtre, disputes familiales, rencontre avec des partisans de thèses racistes ou extrémistes, manipulations commerciales ou publicitaires, désinformation, harcèlement moral, voire agression physique. Ce livre propose, à partir d'expériences vécues et d'analyses de situations concrètes, une réflexion et une méthode originale pour mieux affronter les situations difficiles de toute nature. Cette méthode s'appuie sur trois principes qui forment un protocole applicable sur toutes sortes de terrains : l'objectivation, l'écoute active, l'affirmation argumentée.



The Impact Of Inequality: How To Make Sick Societies Healthier

Richard Wilkinson

Mars 2005

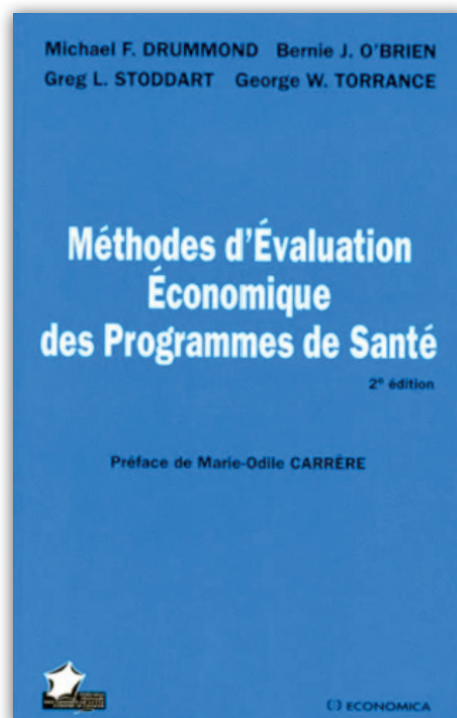
Médecin et épidémiologiste (directeur de l'unité d'épidémiologie sociale de l'université de Nottingham), R. Wilkinson explore depuis plus de vingt-cinq ans les déterminants de la santé et plus largement du bien-être. Cette question est classiquement traitée au niveau des individus ; l'originalité de cet ouvrage est de se situer au niveau des sociétés, et plus encore de s'intéresser aux effets spécifiques des inégalités qui les caractérisent. La thèse qui y est défendue est que la santé et le bien-être, loin d'être des paramètres purement individuels, sont profondément tributaires de facteurs sociaux structurels, tels que l'ampleur des inégalités. En d'autres termes, ce médecin se fait psychologue et sociologue pour démontrer comment le social imprime sa marque sur les esprits et sur les corps.

Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé

Mikaël F. Drummond

Septembre 1998

Depuis sa publication en 1987, les méthodes pour l'évaluation économique des programmes de santé est devenue dans le monde entier le manuel standard dans ce domaine. Au cours des dix dernières années, le champ de l'évaluation économique dans la santé a augmenté considérablement, avec une élévation rapide du nombre d'études éditées et d'identification plus large de leur utilisation dans la prise de décision de santé. La nouvelle édition des méthodes pour l'évaluation économique des programmes de santé suit la même structure de base que la première édition. Les principes méthodologiques principaux sont décrits en utilisant une liste de contrôle critique d'évaluation qui peut être appliquée à n'importe quelle étude éditée. Les dispositifs méthodologiques des formes de base d'analyse (analyse du coût, analyse de rentabilité, analyse coût-utilité et analyse coûts-avantages) sont alors expliqués plus en détail. Le livre a été considérablement mis à jour et agrandi, particulièrement en ce qui concerne la rentabilité et l'analyse coûts-avantages, où les changements méthodologiques principaux sont intervenus.



VALORISATION DE TRAVAUX D'INTERNES



Thèse d'exercice, stage à Montréal.
First published: 12 June 2025

Mareva Geslin

Docteure Junior, Rennes

Systemic Autoimmune Rheumatic Disease Risk: Association With Long-Term Exposure to Fine Particulate Matter

MAREVA GESLIN, JULIEN VACHON, NAIZHUO ZHAO, ELHADJI ANASSOUR LAOUAN SIDI, SONIA JEAN, AUDREY SMARGIASSI, SASHA BERNATSKY

Arthritis & Rheumatology

AN OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY

Objective

Fine particulate matter (PM_{2.5}) is a possible trigger of systemic autoimmune rheumatic diseases (SARDs). We investigated SARDs risk related to long-term exposure to PM_{2.5} and its components (ammonium, black carbon, mineral dust, sea salt, nitrate, sulfate, organic matter), the composition of which may affect toxicity.

Methods

We assembled an open cohort of Quebec adults (without SARDs) using administrative health data from April 2000 to December 2019. Our SARD case definition included physician billing and hospitalization diagnostic codes for systemic lupus, dermatomyositis, systemic sclerosis, Sjögren disease, and undifferentiated connective tissue disease. Estimates of mean annual PM_{2.5} and its components were available from modeling using satellite aerosol optical depth images and ground-based observations. Exposures were assigned to each resident based on six-character postal codes, updated over time. Cox models (adjusted for age, sex, year, socioeconomic status, Local Service Network, and urban/rural region) generated hazard ratios (HRs) for PM_{2.5} and its seven components. Quantile-based g-computational models with similar adjustments were used to estimate marginal HRs for the mixture of PM_{2.5} components.

Results

We studied 7,482,397 Quebec residents. Over 98,039,305 person-years, 55,267 SARDs cases were identified. Using quantile g-computational models, the adjusted SARDs HR for a one-decile increase in PM_{2.5} components was 1.01 (95% confidence interval 1.00–1.02). Among the seven components, ammonium contributed most to SARDs risk.

Conclusion

This large general population cohort study suggests that ambient PM_{2.5} (and ammonium in particular) may be associated with SARDs incidence.

Quantification et caractérisation des patients non-hospitalorequérants dans un établissement public de santé mentale en France

Claire Kerzerho ^{1,2}, Astrid Reilhac ², Yoann Mallet ³, Guillaume Guérineau de Lamerie ²
1. Université de Rennes; 2. DIM Centre Hospitalier Guillaume Régner; 3. DIM Groupe Hospitalier Bretagne Sud

Contexte

La situation des patients non-hospitalorequérants (NHR) a des conséquences à la fois pour le patient (maintien d'une hospitalisation faute de solution, avec risque de perte d'autonomie et de renforcement de la dépendance à l'institution), et pour l'organisation des soins (occupations des lits nécessaires pour les admissions aiguës, saturation des lits et engorgements, charge accrue pour les équipes de soins au détriment de la dynamique de soins).

A la demande de l'association des DIM de psychiatrie de Bretagne, l'ADESM, et de la conférence régionale des Présidents de CME, une enquête transversale a été menée sur l'ensemble de la région bretonne, visant à mesurer la prévalence des patients NHR au sein des Etablissements Publics de Santé mentale (EPSM) de Bretagne, et à les caractériser (diagnostics, freins à la sortie, orientation attendue pour la sortie). Les résultats pour l'un de ces EPSM, le Centre Hospitalier Guillaume Régner (CHGR), sont ici analysés.

Méthodologie

La méthode a été élaborée collectivement par les membres de l'ADIMPSYBREIZH. L'enquête a été menée sur l'ensemble des EPSM avec la même méthodologie, et le même jour : le 17 octobre 2024.

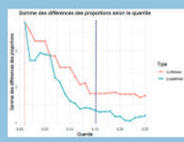
Sur chaque unité de temps plein, le psychiatre référent a été identifié et a complété un fichier Excel avec les données suivantes : nombre de patients présents sur l'unité le jour de l'enquête, identification des patients NHR, et pour ces derniers, collecte de :

- Pour chacun de ces patients NHR ont été recueillis :
 - la date de début de prise en charge en hospitalisation
 - la date de début de séjour administratif
 - la date de début de NHR
 - le diagnostic principal (catégorisation CIM-10)
 - l'obstacle à la sortie
 - l'orientation adaptée pour une sortie

Ces éléments ont été analysés pour le CHGR, et notamment la durée de NHR pour chaque patient au jour de l'enquête.

Un focus a été réalisé sur les patients avec les durées de non hospitalorequérance les plus longues (dits NHR+) au CHGR, avec un seuil de 15% de durée de NHR les plus longues.

Ce seuil a été déterminé comme identifiant les patients les plus spécifiques à partir d'une analyse et graphique des différences, selon 4 variables : orientation à la sortie, raison de l'absence de sortie, obstacle et catégorie diagnostique.



Focus NHR +

Les patients NHR+ sont-ils différents de l'ensemble des patients NHR ?

Au total, 20 patients ont été identifiés NHR+, avec une durée moyenne de NHR de plus de 8 ans et 9 mois au jour de l'enquête

Parmi ces patients les catégories diagnostiques les plus fréquemment retrouvées sont la schizophrénie et les troubles apparentés pour 55% suivi par les troubles du développement psychologique (dont les troubles du spectre de l'autisme), pour 25% contre 7% sur l'ensemble des patients NHR.

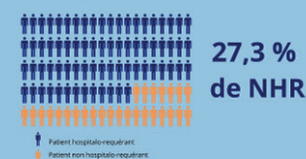
La raison principale de l'absence de sortie des patients NHR+ est l'attente d'une place dans une structure d'accueil spécialisée et en foyers d'hébergement respectivement pour 35% et 30% d'entre eux.

Il n'est prévu de retour à domicile pour aucun patient NHR+. Les orientations souhaitées à la sortie sont les Maisons d'Accueil Spécialisées (35%, contre 14% des NHR), les foyers d'hébergements (30%, contre 24% des NHR) et les EHPAD (20%, contre 15% des NHR).

Un patient non-hospitalorequérant est un patient dont l'hospitalisation n'est plus justifiée sur le plan médical, mais qui reste hospitalisé de manière prolongée, pour d'autres raisons, quelque soit sa durée d'hospitalisation

Résultats

Parmi les 480 patients hospitalisés en temps plein au CHGR, le 17/10/2024, 131 patients étaient NHR soit :

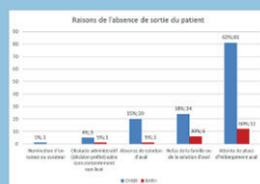


Les patients NHR étaient présents en hospitalisation en moyenne depuis plus de 4 ans, et NHR depuis en moyenne plus de 2 ans, avec une grande variabilité des durées de NHR (1^{er} quantile à 3 ans, médiane à 11 mois et 3^{ème} quantile à 2 mois et demi).

Une catégorie diagnostique est fortement représentée : 76 patients, soit 58% présentaient un trouble de schizophrénie, un trouble schizotypique ou un trouble délirant.



La raison principale de l'absence de sortie du patient est dans 62% des cas l'attente d'une place d'hébergement en aval, les autres raisons identifiées sont le refus de la famille ou de la solution d'aval (18%), l'absence de solution d'aval (15%), l'obstacle administratif (4%) et l'attente de la nomination d'un tuteur ou d'un curateur (1%).



L'orientation à la sortie privilégiée pour les patients NHR est en premier lieu le foyer d'hébergement (24%), l'EHPAD (15%), le retour à domicile (14%) et la Maison d'Accueil Spécialisée (14%). On retrouve également dans des proportions moindres d'autres solutions, l'USLD, l'appartement communautaire ou associatif.



La proportion de patients NHR était hétérogène selon les unités (entre 0 et 84% au maximum), 4 unités concentraient 51% des patients NHR, soit 66 patients.



Conséquences

Au total, sur l'ensemble des patients présents le jour de l'enquête, la somme cumulée des journées de NHR est de 111 776 jours ...

...soit l'équivalent de 306 ans

Ou encore l'équivalent de l'occupation de l'ensemble des lits du CHGR (535 places) pendant 7 mois (dont 4 mois uniquement par les 20 patients NHR+)

Discussion

L'enquête menée au sein du CHGR met en évidence une prévalence non négligeable des patients non-hospitalorequérants, proche des résultats régionaux avec une prévalence estimée à 25 % dans les EPSM de Bretagne.

Pourtant le maintien prolongé des patients NHR en milieu hospitalier mobilise des ressources considérables et compromet l'accès aux soins à des patients nécessitant une prise en charge hospitalière.

À cela s'ajoute une difficulté structurelle pour les tutelles à identifier précisément ces patients NHR et les durées de NHR, en raison du découpage administratif des séjours. En effet, toute sortie ou permission de plus de 48 heures entraîne la création d'un nouveau séjour administratif, rendant la traçabilité des périodes de non-hospitalorequérance complexe et morcelée.

Ce constat soulève plusieurs enjeux majeurs :

- **Organisationnels**, avec une saturation des capacités d'accueil et une possible inadéquation entre les profils des patients NHR et les possibilités d'accueil en structures médico-sociales
- **Éthiques et cliniques**, soulignant l'importance d'une orientation adaptée du patient vers la structure la plus pertinente au vu de son état de santé, et l'impact sur le moral des équipes soignantes, confrontées à des situations d'impasse dans le parcours de soin
- **Économiques**, avec un coût hospitalier journalier très supérieur à celui d'une prise en charge en établissement médico-social ou à domicile avec aides adaptées

Les bénéfices de l'amélioration du parcours des NHR :

- Limiter les risques associés à une hospitalisation prolongée (iatrogénie, déclin fonctionnel et cognitif...)
- Désengorger les structures hospitalières en libérant de la capacité d'accueil
- Améliorer le délai et ainsi la qualité de la prise en charge des patients

Des perspectives d'action concrètes :

- **Renforcement du lien sanitaire et médico-social** et ville-hôpital, dans le cadre des Projets Territoriaux de Santé Mentale, pour identifier et diffuser des pratiques facilitant la coopération avec le secteur médico-social.
- Développement de solutions précoces, en identifiant des parcours à risques d'hospitalisations multiples et d'échecs de sortie.
- Mise en place de comités de suivi pour identifier et renforcer l'accompagnement des patients identifiés comme NHR.
- Soutien aux structures médico-sociales avec un étayage psychiatrique accessible en cas de besoin, l'expertise et les interventions des équipes mobiles sur sites
- Réflexion sur l'attractivité du secteur médico-social pour les psychiatres, notamment via des temps partagés entre sanitaire et médico-social.

Une meilleure compréhension des freins à l'admission vers les structures d'aval semble essentiel pour ajuster les réponses organisationnelles et renforcer la fluidité du système de soins.

LE CLISP SOUTIENT L'INITIATIVE « STOP THE SELECTIVE SILENCE » : QUAND LE PLAIDOYER EN SANTÉ PUBLIQUE FAIT BOUGER LES LIGNES

Le Lancet a publié le 15 juillet 2025 la correspondance Stop the Selective Silence on the Genocide in Gaza.

Présentation des Auteurs :

Pr. Roberto De Vogli

Professeur à l'Université de Padoue (Italie)

Titulaire d'un PhD et d'un Master en santé publique (MPH), le Pr De Vogli est un expert reconnu en santé publique mondiale et en politiques sociales. Ancien professeur associé aux universités du Michigan et de Californie Davis (États-Unis), il a également été maître de conférences à l'University College London (Royaume-Uni). Il est l'auteur de *Selective Empathy: The West Through the Gaze of Gaza*, une analyse percutante des dynamiques internationales face à la crise gazaouie.

Dr Jonathan Montomoli

Médecin-chercheur, Hôpital de Rimini / Autorité sanitaire de Romagne (Italie)

Titulaire d'un doctorat en médecine (MD) et d'un PhD, le Dr Montomoli travaille au sein du département d'anesthésie et de soins intensifs, ainsi qu'à l'unité de recherche en évaluation et politiques de santé. Il contribue activement à la recherche sur les systèmes de santé en contexte de crise et d'urgence humanitaire.

Pr. Ghassan Abu-Sittah

Professeur affilié, University of Glasgow – Office of the Rector (Royaume-Uni)

Chirurgien spécialisé en chirurgie reconstructive, le Pr Abu-Sittah est connu pour son engagement humanitaire sur le terrain, notamment à Gaza où il a opéré de nombreux blessés de guerre. Sa pratique médicale est étroitement liée à un combat pour les droits humains et la justice sanitaire en contexte de conflit.

Pr. Ilan Pappé

Historien, spécialiste du Moyen-Orient

Professeur à l'Université d'Exeter (Royaume-Uni), le Pr Pappé est l'un des historiens les plus influents dans l'étude du conflit israélo-palestinien. Auteur de plusieurs ouvrages de référence, dont *The Ethnic Cleansing of Palestine*, il analyse les racines historiques et politiques de l'occupation et du déplacement forcé des Palestiniens.

Le CLiSP – Collège de Liaison des Internes de Santé Publique se joint à cette initiative phare.

Par cette prise de position, les auteurs invitent les associations académiques et professionnelles à **reconnaître le génocide à Gaza, et à adopter des choix éthiques et politiques clairs** au nom de la santé publique.

Les 10 points clés de la lettre ouverte

1. Une crise historique de **mortalité et un effondrement sans précédent de l'espérance de vie** ces dernières années
2. **Massacres, amputations et traumatismes psychologiques** sans précédent chez **les enfants** ces dernières années
3. **Dévastation** sans précédent des **systèmes de santé**
4. Massacres de **soignants, de personnel onusien et de journalistes**
5. **Scolasticide et universiticides**
6. Usage de la **famine comme arme**
7. Anéantissement **généralisé des infrastructures**
8. **Emprisonnement sans inculpation**
9. Reconnaissance de **l'occupation et de la violation systématique du droit international**
10. **Reconnaissance du génocide**

Tous ces points sont documentés dans l'appendice de la lettre ouverte.

Solutions concrètes proposées dans la Lettre

« Compte tenu de la catastrophe sanitaire, psychologique, sociale et humanitaire, nous appelons toutes les associations professionnelles et académiques à :

- **Reconnaître publiquement le génocide**
- **Modifier les déclarations officielles existantes sur Gaza** afin qu'elles reflètent pleinement l'ampleur, la gravité et les responsabilités liées à cette crise
- **Appeler à une intervention internationale immédiate**, incluant un **cessez-le-feu permanent**, un **accès humanitaire sans restriction**, et une **responsabilité juridique** pour les crimes de guerre, crimes contre l'humanité et génocide
- **Défendre la liberté académique** de ceux qui étudient, enseignent et militent sur la question palestinienne
- **Fournir un soutien direct** aux chercheurs, étudiants et professionnels de santé déplacés ou pris pour cible
- **Financer et promouvoir la recherche** sur les conséquences en matière de santé publique, de santé mentale, de médecine, ainsi que sur les impacts socio-politiques et économiques du génocide à Gaza

En temps d'atrocité, le silence des professionnels n'est pas une position neutre. C'est un soutien tacite et une abdication morale.

Nous vous appelons à agir avec conscience, courage et clarté. »



Mobilisation et portée internationale de la Lettre

- **1 602 signatures recueillies** au 30 juillet 2025 : universitaires, professionnels de santé, citoyens, militant-e-s.
- Le **18 juillet 2025**, trois grandes organisations de santé publique (EPA, EUPHA, WFPHA), représentant plus de **5 millions de professionnel-le-s**, ont publié une **déclaration officielle** reprenant les éléments de la lettre et **reconnaissant de facto le génocide**.

Lire la déclaration : <https://epa.org/joint-public-health-statement-on-gaza>

Pourquoi le CLiSP s'engage

Cette initiative montre que le **plaidoyer en santé publique peut véritablement influencer les discours et décisions institutionnelles**. Le CLiSP se mobilise pour :

- Affirmer une **éthique de responsabilité partagée**.
- Cultiver une **solidarité académique internationale**.
- Porter une **voix institutionnelle forte** à la hauteur des enjeux humanitaires.

Comment contribuer

Le CLiSP invite tous les internes en santé publique à :

- **Relayer cette lettre dans vos réseaux professionnels et académiques.**

- **Signer l'appel :**

> Chercheurs / Universitaires / Professionnels : [Formulaire Google « STOP THE SILENCE ! Academic Associations Must Recognise the Genocide in Gaza »]



Stop the Silence :



> Citoyens : [Page Change.org « STOP THE SILENCE »]

Bien à vous,

Le Bureau du CLiSP

SÉMINAIRE PÉDAGOGIQUE SANTÉ ENVIRONNEMENT

(programme indicatif soumis à modification)



Novembre 2025 - présentiel.

*DES de santé publique et autres spécialités, ouvert aux auditeurs libre
(master 2 ERCE)*

Salle de cours, Bâtiment PERCY, Hôpital Saint Jacques, CHU de Besançon

Les internes de Santé publique des subdivisions du Nord-Est vous invitent à découvrir ou approfondir vos connaissances en Santé environnement au cours d'un séminaire d'une semaine à Besançon du 24 au 28 novembre 2025 ! Pour toute question : secretaire.isp.est@gmail.com

Le séminaire Santé environnement 2025 aura lieu à Besançon du 24 au 28 novembre 2025. Vous y apprendrez les notions fondamentales d'épidémiologie environnementale.

Les inscriptions sont ouvertes jusqu'à début novembre avec 15 participants max (en petit comité donc).

- Le séminaire aura lieu du Lundi 24 Novembre au Vendredi 28 Novembre 2024 à l'hôpital Saint-Jacques, place Saint-Jacques à Besançon.
- Il permet de valider les connaissances de base et avancées en Santé-Environnement de la formation des internes de Santé publique.
- Les frais d'inscription sont de 20 euros avec **le logement et les repas du midi (au RU) pris en charge** par l'association des internes du Nord-Est.

Les internes peuvent nous contacter directement à cette adresse pour toute question ou précision : secretaire.isp.est@gmail.com

Présentations et grands thème abordés :

- Balade urbanismes favorables à la santé
- Environnement et Santé humain : introduction
- Approche épidémiologique de l'impact de l'environnement sur la santé, spécificité et limites
- Les types d'études en épidémiologie environnementale
- Évaluation de l'exposition environnementale
- Évaluation quantitative du risque en santé
- Risque infectieux : Étude de cas concret
- Gestion politique de la santé environnement
- « Pollution de l'air : passé, présent et futur pour la santé humaine »
- Étude de cas - Étude épidémiologique en périnatalité
- Changement climatique Enjeux sanitaire et le concept One Health.



Retrouvez le
programme
complet :





COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

avec le soutien de :



MEMBRES DU COLLÈGE DU CLISP 2025 / 2026

BUREAU DU CLISP

Aurélia Manns – Présidente
presidence@clisp.fr

Irène Valay – Vice-présidente
presidence@clisp.fr

Louise Hardelin – Secrétaire générale
contact@clisp.fr

Aymeric Cadic – Trésorier
tresorier@clisp.fr

Astrid Kérouédan
Vice-secrétaire chargée
de l'évènementiel
evenement@clisp.fr

Baptiste Voyer
Vice-secrétaire délégué
aux affaires nationales
affaires.nationales@clisp.fr

Philippine Boulanger
Chargée de coordination avec les
représentants des subdivisions
coordination@clisp.fr

Elkaouther Zaoui – Webmaster
webmaster@clisp.fr

Emmanuelle Jault
Chargée de communication
communication@clisp.fr

Thomas Cardot feat. Guillaume Le Moigne
Rédacteur en chef du bulletin
bulletin@clisp.fr

Poste à pourvoir
Chargé(e) de relation EuroNet
MRPH
euronet@clisp.fr

Victor Guérout
Chargé de mission Actualités
actualites@clisp.fr

Anastasia Petrova – Chargé de
mission Attractivité
attractivite@clisp.fr



CLISP – Collège de Liaison des Internes de Santé Publique
17, rue du Fer à Moulin – 75005 Paris
www.clisp.fr • contact@clisp.fr
Rédacteurs en chef : Thomas Cardot / Guillaume Le Moigne –
bulletin@clisp.fr

REPRÉSENTANTS DES SUBDIVISIONS

Île-de-France

Paris Camille Reinaud paris@clisp.fr

Nord-Est

Besançon Justine Rousse (supplée) besancon@clisp.fr
Dijon Pierre Pamaut et Prescilla Nunes dijon@clisp.fr
Nancy Medhi El Azrak nancy@clisp.fr
Reims Benjamin Eurin reims@clisp.fr
Strasbourg Nathan Miraillet strasbourg@clisp.fr

Nord-Ouest

Amiens Guillaume Mismacque amiens@clisp.fr
Caen Benoît Martinez caen@clisp.fr
Lille Victor Guérout lille@clisp.fr
Rouen Elisa De Taevernier rouen@clisp.fr

Ouest

Angers Aymeric Cadic angers@clisp.fr
Brest Caroline Clabecq brest@clisp.fr
Nantes Lucie Cadon nantes@clisp.fr
Rennes Rudy Organini et Claire Kerzerho rennes@clisp.fr
Tours Marie Vieillot tours@clisp.fr

Rhône-Alpes et Auvergne

Clermont-Ferrand Alixia Bufferne clermont-ferrand@clisp.fr
Grenoble Christos Tsamasiotis grenoble@clisp.fr
Lyon Monia Mehalla lyon@clisp.fr
Saint-Étienne Diva Beltramin saint-etienne@clisp.fr

Sud-Ouest

Bordeaux Lucas Balihaut bordeaux@clisp.fr
Limoges (poste non pourvu) limoges@clisp.fr
Antilles, Guyane Alexandre Fournery antilles-guyane@clisp.fr
Océan Indien Antoine Tisseaux ocean-indien@clisp.fr
Poitiers Gwladys Bareth poitiers@clisp.fr

Sud

Marseille Sofia Beretta marseille@clisp.fr
Montpellier Mélissa Moucheboeuf montpellier@clisp.fr
Nice Cécile Milles-Simonet nice@clisp.fr
Toulouse Clémentine Chalumeau toulouse@clisp.fr

