



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

#56

Juin - 2026



CNISP 2026

Santé Publique :
Acteur·ices des transformations

sommaire

- #56 - Juin 2026

- p. **03** **ÉDITO DU PRÉSIDENT DU CONGRÈS**
- p. **04** **ECHANGE AVEC CLÉMENTINE FÉRARD,
INTERVENANTE AU CNISP**
- p. **07** **LE CNP ET LA CERTIFICATION PÉRIODIQUE**
- p. **09** **DOSSIER : MÉDECINS DE SANTÉ PUBLIQUE AU CŒUR DES
ADMINISTRATIONS**
Pierrine Aly, MSA
Carola Pierobon, ATIH
Fadia Dib, DGS
Mickael Benzaqui, DGOS
- p. **21** **EURONET MRPH : PRÉSENTATION DU BUREAU 2026**
- p. **23** **VALORISATION DE PROJETS D'INTERNES**
- p. **27** **CONSEILS DE LECTURE ET DE CONFÉRENCES**
- p. **35** **MOTS CROISÉS DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET D'AILLEURS**

EDITO

Chères et chers internes, bienvenue en Bretagne !

De la Loire à la Vilaine, entre troglodytes, petits LU et galettes bretonnes, cette année le CNISP est *made in* Angers, Nantes et Rennes.

Les ISP du Grand Ouest ont mis du cœur à l'ouvrage pour une édition 2026 mémorable !

Le congrès se tient à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), établissement d'enseignement supérieur et de recherche au rôle déterminant pour notre discipline, qui nous a soutenus dès la phase d'élaboration.

Nous vous proposons un programme riche et interdisciplinaire pour inspirer les futur-es acteur-ices de santé publique. Entre conférences et ateliers, vous allez explorer un déterminant majeur de la santé publique : la nutrition.

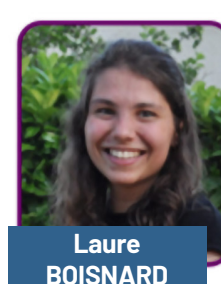
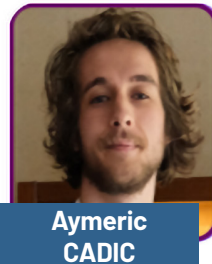
Cette thématique nous permettra également d'aborder des questions attenantes à la santé environnement et à l'économie. En effet, nous pensons que les approches holistiques permettent d'appréhender au mieux les enjeux de santé publique. Enfin, la déstabilisation de nos écosystèmes nous rappelle qu'il est essentiel d'intégrer dans notre formation une sensibilisation à la question du pilotage des crises.

Vous l'aurez compris, nous sommes convaincu-es que vous, futur-es MSP, serez des acteur-ices majeur-es dans les transformations sociétales à venir.

Mais il y a un temps pour tout, et celui qui nous tient le plus à cœur se passera lors des pauses et des temps sociaux. Nous avons hâte de vous y retrouver !

L'association organisatrice du CNISP tient à remercier les membres du Comité National Pédagogique pour leurs conseils bienveillants, les intervenant-es du congrès pour leur implication et leur disponibilité, et Mme Isabelle RICHARD, directrice de l'EHESP, pour son accueil tutélaire.

L'équipe de l'AO-CNISP



CLÉMENTINE FÉRARD

Ingénieure en nutrition et diététicienne-nutritionniste.

Propos recueillis par Thomas Cardot



m'intéressant davantage aux déterminants de santé et aux leviers d'action en population générale. C'est ce qui m'a conduite vers un cursus d'ingénieure à AgroParisTech, avec une spécialisation en nutrition humaine. Durant ce cursus, j'ai réalisé trois années en apprentissage au sein de l'EREN, sous la direction de la Pre Chantal Julia, sur des sujets liés à la validation de l'algorithme sous-jacent au Nutri-Score, d'abord à l'échelle des aliments puis à l'échelle des individus.

Au fil de ce parcours, j'ai aussi ressenti le besoin de revenir davantage vers le terrain. Le projet PEANUTS est né de cette envie : participer à la construction d'un projet qui associe recherche, promotion de la santé et réduction des inégalités sociales de santé, notamment en Seine-Saint-Denis.

Thomas Cardot Bonjour, merci d'avoir accepté cette interview. Tout d'abord, quel est votre parcours ?

Clémentine Féraud Je travaille depuis 4 ans au sein de l'Équipe de Recherche en Épidémiologie Nutritionnelle, l'EREN, une agence publique multi-tutelles, et depuis 1 ans sur le projet PEANUTS : Programme d'Éducation sur l'Étiquetage Nutritionnel au Sein des territoires vulnérables d'Île-de-France.

Mon parcours se situe vraiment à l'interface entre la nutrition clinique, la recherche et la promotion de la santé : j'ai d'abord été formée en diététique, avec une approche très centrée sur l'accompagnement des personnes, leurs besoins, leurs contraintes et leurs modes de vie. Progressivement, j'ai ressenti le besoin d'aborder la nutrition à une échelle plus collective, en

TC Que présentez-vous aux internes lors du CNISP ?

PA Lors de l'après-midi au jardin des Mille Pas, nous proposons aux internes un temps autour du Nutri-Score : sa genèse, ses fondements scientifiques, les travaux de validation qui le soutiennent, mais aussi les enjeux sociétaux et politiques qui l'entourent, pour apporter un regard multidimensionnel aux internes. Cette partie plus théorique peut être complétée par un atelier autour du Nutri-Score, pensé comme un format mobilisable auprès du grand public : comment un médecin de santé publique peut s'emparer d'un tel outil non seulement comme objet de politique nutritionnelle, mais aussi comme support concret d'éducation pour la santé.

TC Comment vous êtes-vous intéressée à ce sujet ?

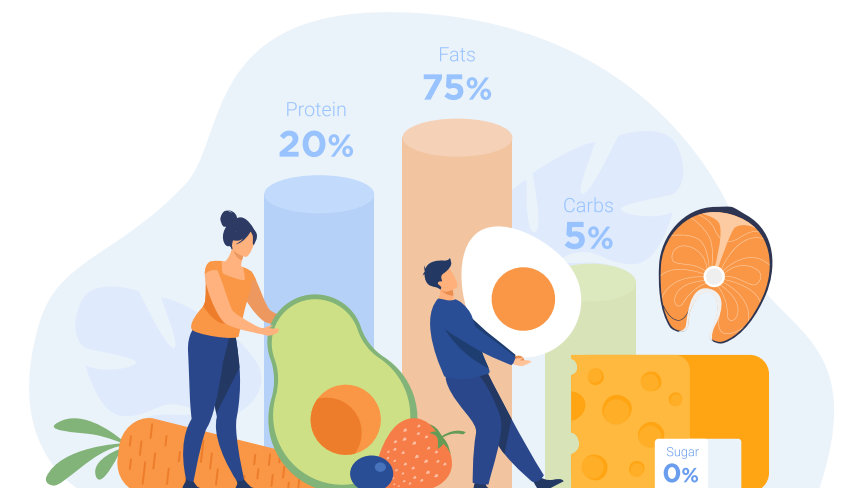
PA Je pense que c'est vraiment né du croisement entre mes deux formations. D'un côté, la diététique m'a appris l'importance de partir des personnes, de leurs habitudes, de leurs contraintes et de leur réalité quotidienne. De l'autre, l'ingénierie en nutrition et santé publique m'a permis de prendre du recul et de m'intéresser aux environnements dans lesquels les choix alimentaires se construisent. Mes trois années d'apprentissage à l'EREN, dont le laboratoire est situé à Bobigny, m'ont aussi beaucoup marquée. Elles m'ont permis de prendre conscience très concrètement du poids des inégalités sociales de santé dans certains territoires. On parle souvent de "faire les bons choix alimentaires", mais encore faut-il que ces choix soient accessibles, compréhensibles et réalistes dans l'environnement dans lequel les personnes vivent. Dans certains quartiers, l'offre alimentaire favorable à la santé peut sembler noyée au milieu d'une offre beaucoup plus défavorable. C'est ce que l'on appelle des "bourbiers alimentaires". Dans ce contexte, accompagner les publics sur la compréhension de l'étiquetage nutritionnel, et plus particulièrement du Nutri-Score, est apparu comme un levier possible pour renforcer la littératie alimentaire et redonner un peu de pouvoir d'agir aux personnes.

TC Quel est le but de PEANUTS ?

PA Evaluer l'efficacité et la transférabilité d'une intervention éducative brève centrée sur l'étiquetage nutritionnel (en particulier le Nutri-Score) auprès de publics vivant dans des territoires vulnérables d'Île-de-France : est-ce que ce type d'intervention permet d'améliorer le sentiment de compétence vis-à-vis de l'appropriation du Nutri-Score et plus globalement des informations nutritionnelles, est-ce que ses effets se maintiennent dans le temps (1 mois post-intervention), quels facteurs favorisent son succès, dans quelle mesure parvient-elle réellement à atteindre les publics ciblés ?

TC En quoi consiste votre travail ?

PA Il est très varié, comme souvent lorsqu'on coordonne un projet de recherche : rédaction du protocole, soumission au comité d'éthique, mise en conformité avec le RGPD et la CNIL, conception des questionnaires... Avec Hikma Zakaria, interne de santé publique en stage à ce moment-là, nous avons co-développé une formation en e-learning dédiée aux professionnels amenés à animer les ateliers, en particulier des diététiciens-nutritionnistes. Aujourd'hui, nous sommes dans la phase de terrain et de collecte de données. Nous sommes intervenus dans une vingtaine d'associations et de maisons de quartier pour animer les ateliers auprès des bénéficiaires de ces structures. La prochaine étape sera une première analyse des données. En parallèle, nous organisons également des focus groups avec des participants aux ateliers. L'idée est d'ajouter une dimension qualitative à l'étude, pour mieux comprendre comment l'intervention est reçue, ce qui fonctionne, ce qui peut freiner la participation, et comment améliorer son accessibilité et son acceptabilité. Un des freins que l'on rencontre parfois en Seine-Saint-Denis, c'est la barrière de la langue. Certaines personnes comprennent bien le français à l'oral, mais sont moins à l'aise avec l'écrit, voire ne lisent pas le français. Dans ces situations, il faut les accompagner dans le remplissage des questionnaires d'évaluation, ce qui peut être assez chronophage pendant les ateliers. Heureusement, nous pouvons compter sur l'aide des structures partenaires qui nous accueillent dans le cadre de l'étude : associations, foyers de jeunes travailleurs, maisons de quartier, centres sociaux, épiceries solidaires... Leur connaissance du terrain et des publics est un vrai plus pour faciliter le déroulement de l'étude.



TC Comment avez-vous identifié la population d'étude ?

PA Nous nous sommes appuyés sur la base de données de l'Observatoire des solidarités alimentaires, OBSOALIM. Elle propose plusieurs indicateurs qui permettent de repérer les territoires à risque de précarité alimentaire. Ces indicateurs reposent sur quatre grandes dimensions : la contrainte économique, l'isolement social, un environnement alimentaire appauvri, et l'accès insuffisant à l'information alimentaire. À partir de ces dimensions, un indicateur agrégé permet de cartographier les territoires selon leur niveau de risque, avec un découpage très fin, à l'échelle des IRIS, c'est-à-dire des quartiers. Cela nous aide à repérer les territoires les plus pertinents pour le projet PEANUTS, en ciblant principalement ceux qui sont classés à risque élevé ou très élevé de précarité alimentaire.

TC Quels sont les enjeux principaux actuels en nutrition ?

PA Un enjeu majeur, selon moi, est la multiplicité des canaux d'information en nutrition. Aujourd'hui, les personnes sont exposées à énormément de messages : conseils de professionnels de santé, reportages télévisés, contenus sur internet, applications, marketing alimentaire, influenceurs... Cette accumulation peut créer beaucoup de confusion : tout le monde a quelque chose à dire, et les messages sont parfois présentés de manière très simplifiée, culpabilisante ou au contraire miraculeuse. Pour les consommateurs, il devient difficile de savoir à qui faire confiance et comment hiérarchiser les informations. À cela s'ajoute le poids du marketing alimentaire, qui peut donner une image très favorable de certains produits alors que leur qualité nutritionnelle n'est pas toujours au rendez-vous. Par exemple, la marque Bjorg a remplacé du jour au lendemain le Nutri-Score par le Planet-Score. Le problème, c'est que ces deux logos peuvent sembler proches visuellement, alors qu'ils ne donnent pas du tout la même information : l'un porte sur la qualité nutritionnelle, l'autre sur l'impact environnemental. Pour des personnes déjà

contraintes par le budget, le temps, l'accès aux commerces ou la charge mentale quotidienne, ces messages peuvent encore compliquer les choix.

Il s'agit donc de rendre l'information plus lisible, plus accessible et plus utilisable dans la vie quotidienne. Le Nutri-Score peut jouer ce rôle, à condition d'être bien expliqué : ce n'est pas une injonction à manger "parfaitement", mais un outil d'aide à la comparaison, qui permet de faire des choix un peu plus favorables à la santé au sein d'une même catégorie de produits. Pour moi, l'enjeu n'est pas seulement de transmettre une information nutritionnelle, mais de permettre aux personnes de se l'approprier, en tenant compte de leurs réalités sociales, économiques et culturelles.

TC Quel conseil donneriez-vous aux internes de santé publique ?

PA Aller sur le terrain, même lorsqu'ils travaillent sur des sujets très techniques ou très quantitatifs. La santé publique peut parfois sembler abstraite, mais elle prend tout son sens lorsqu'on la confronte aux réalités vécues par les personnes et par les professionnels. Je pense qu'il faut oser construire des ponts entre les mondes, c'est-à-dire entre recherche et terrain, entre données et vécu, entre expertise scientifique et savoirs des personnes concernées. C'est souvent dans ces espaces d'interface que l'on peut imaginer les interventions les plus pertinentes et les plus justes.



LE CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE (CNP-SP) ET LA CERTIFICATION PÉRIODIQUE

Sylvain Gautier, président du CNP-SP, médecin de santé publique et enseignant-chercheur à l'UVSQ

Propos recueillis par Baptiste Voyer

Un Conseil national professionnel

est une structure fédérative qui regroupe, pour une spécialité donnée, les sociétés savantes, collèges, syndicats, structures universitaires et autres organismes professionnels concernés. Le Conseil National Professionnel de Santé Publique a vocation à **réunir les différentes composantes de la médecine de santé publique** et à représenter la diversité de ses modes d'exercice : universités, établissements de santé, services de l'État, agences sanitaires, assurance maladie, collectivités territoriales, structures d'expertise ou d'intervention, ainsi que médecins de santé publique en formation.

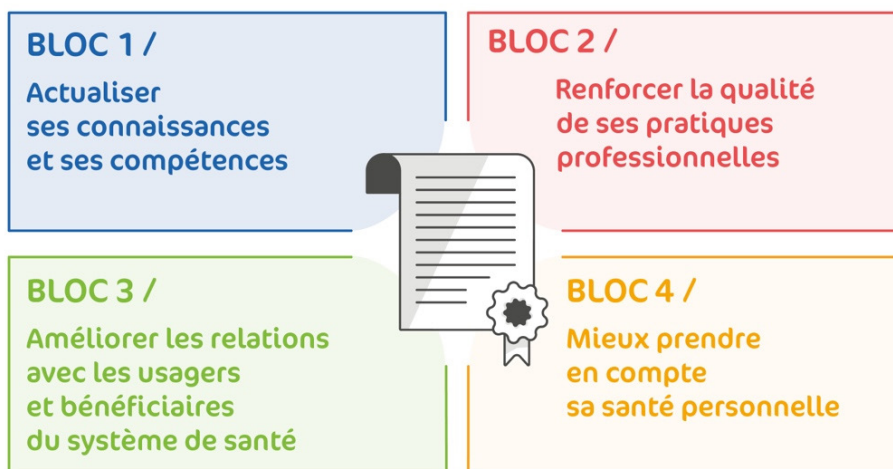
Ses missions s'inscrivent dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC).

La certification périodique est un nouveau dispositif obligatoire qui s'inscrit dans la continuité de la formation continue, de l'analyse des pratiques, de la gestion des risques et du DPC. Elle vise à garantir, tout au long de la vie professionnelle, le maintien des compétences, la qualité des pratiques professionnelles, ainsi que l'actualisation et le niveau des connaissances. Elle s'applique aux professions de santé dotées d'un ordre professionnel, dont les médecins.



Pour l'ensemble des médecins, elle repose sur une période de six ans, au cours de laquelle chaque professionnel doit avoir réalisé un programme minimal d'actions. Ce programme est précisé par le référentiel de certification périodique propre à la spécialité.

Les 4 blocs d'actions de la certification périodique



Le référentiel de certification périodique

est le document qui précise, pour chaque profession ou spécialité, les attendus de la certification périodique et les types d'actions susceptibles d'y répondre. Chaque CNP a pour mission d'élaborer, pour sa spécialité, un référentiel permettant de décliner concrètement les quatre grands blocs de la certification périodique. Pour la médecine de santé publique, le CNP-SP a construit un référentiel adapté à la diversité des modes d'exercice de la spécialité : **expertise en politiques de santé, analyse des déterminants de santé, prévention et promotion de la santé, gestion des risques sanitaires, recherche, enseignement, administration de la santé ou encore appui aux décisions publiques.**

Il est accessible sur notre site.

Concrètement, comment obtenir sa certification ?

Chaque médecin, au sortir de sa formation initiale, donc avec son DES en poche, est déjà certifié. L'enjeu sera de faire la démonstration, par un parcours dans lequel son CNP l'accompagnera, de l'entretien de ses connaissances et pratiques dans le but d'être re-certifié au bout de 6 années de pratique. Pour obtenir cette (re)certification, le médecin de santé publique doit réaliser régulièrement (au cours des 6 ans) des actions relevant des quatre blocs de la certification périodique. Il faut bien conserver les justificatifs : toutes les actions devront pouvoir être saisies et justifiées sur la plateforme dédiée Ma Certif'Pro Santé, attendue pour fin 2026.

La certification périodique concerne déjà les internes de santé publique parce qu'elle constitue le cadre obligatoire de maintien des compétences dans lequel ils entreront dès leur inscription à l'Ordre. Elle concerne plus directement encore les docteurs juniors même si elle ne les concernera pleinement qu'à l'issue de leur inscription ordinale définitive dans leur spécialité d'exercice.

Suivez la certification périodique de près
→ www.cnpsantepublique.com

Vous avez une question spécifique ?
Nous sommes-là pour vous accompagner
Contact@cnpsantepublique.com



S'inscrire à
la Newsletter





- DOSSIER -

Médecins de santé publique au cœur des administrations



LES MÉDECINS EN ADMINISTRATION : MINISTÈRE DE LA SANTÉ, MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE, ATIH

Echange avec Pierrine Aly, médecin de santé publique à la MSA

Propos recueillis par Thomas Cardot

Thomas Cardot Bonjour, merci d'avoir accepté mon interview ! Pouvez-vous vous présenter et présenter votre travail à la Caisse Centrale de la MSA (CCMSA) ?

Pierrine Aly Je suis médecin de santé publique et je travaille depuis 2 ans comme praticien conseiller technique national à la CCMSA, plus précisément à la direction du contrôle Médical, de la gestion du risque et de l'organisation des soins santé publique. Nous travaillons notamment sur l'organisation des soins, mais aussi sur la promotion de la santé et l'éducation pour la santé à destination des populations agricoles et rurales.

Il existe une grande diversité de profils au sein de la CCMSA, ce qui permet une complémentarité intéressante pour répondre aux besoins de la population. Nous travaillons en transversalité avec nos collègues des autres directions, notamment de la prévention, de la santé-sécurité au travail, de l'action sanitaire et sociale et du programme Mal-être agricole.

TC Dans quel contexte se place votre action en tant que caisse centrale d'un organisme de sécurité sociale ?

PA Nous nous appuyons sur les spécificités en matière de santé globale de nos populations rurales et agricoles, sur les retours de terrain des caisses locales, mais aussi sur les directives nationales avec lesquelles nous devons être cohérents. La Stratégie nationale de santé constitue un texte de référence important, tout comme les stratégies pilotées par nos ministères de tutelle.

Nous travaillons actuellement, collectivement, à l'élaboration de la stratégie santé de la MSA selon une approche « Une seule santé » 2026-2030, destinée à structurer nos actions et à leur donner davantage de cohérence.



santé
famille
retraite
services

TC Comment s'articule votre travail ?

PA Concrètement, au sein de notre direction, nous pilotons des projets nationaux qui sont ensuite déclinés dans les caisses locales de MSA. Nos partenaires sont des acteurs nationaux, des institutionnels (ministère de la Santé, ministère de l'Agriculture, CNAM...), associatifs, mais aussi des acteurs universitaires et de la recherche. C'est très spécifique à la CCMSA de piloter en propre des actions nationales, de négocier les budgets sur des actions déployées dans les caisses, avec des prestataires externes. Dans cette cohérence avec les orientations nationales, les caisses locales mettent en œuvre les actions en lien avec leurs partenaires locaux.

TC Quels sont vos formations et parcours ?

PA Je suis spécialisée en promotion de la santé à destination des publics vulnérables. Après mon internat, j'ai travaillé au service de santé des étudiants de l'université Paris-Saclay en 2019. J'ai ensuite rejoint le ministère de la Justice, à la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ), où je travaillais sur la santé des mineurs sous main de justice. La direction de la PJJ possédait une véritable culture de promotion de la santé. J'ai notamment participé à une importante enquête sur la santé des mineurs suivis par la PJJ.

Cette expérience m'a montré qu'il existe souvent un important travail de plaidoyer à mener pour faire reconnaître l'intérêt des approches de santé publique et des questions sociales auprès d'acteurs qui ne sont pas spontanément sensibilisés à ces enjeux.

TC **Justement, quelle place y a-t-il pour un médecin de santé publique en administration ?**

PA Nous ne sommes experts d'aucun domaine ; nous avons besoin du métier, mais nous avons une capacité particulière à prendre en compte l'ensemble des dimensions d'un projet ou d'une mission. Pour moi, l'idéal serait de travailler en binôme avec des professionnels métiers. Le médecin de santé publique apporte alors une expertise méthodologique, une réflexion stratégique, une capacité de partenariat, de valorisation scientifique et de mise en cohérence avec les politiques publiques nationales.

Par exemple, sur le programme consacré au mal-être agricole, le fait de travailler en transversal avec les experts métiers et les équipes de terrain permet de construire des objectifs communs et des actions plus pertinentes.

TC **Et par rapport aux autres professionnels de la santé publique ?**

PA Dans de nombreuses administrations, les postes de médecins de santé publique ne sont pas toujours pérennes. Lorsqu'un médecin part à la retraite, il peut être remplacé par un profil non médical pour des raisons économiques.

Pour autant, nous apportons une expertise scientifique et méthodologique spécifique, mais aussi une expérience construite au contact de nombreux acteurs du système de santé français. C'est ce qui fait aussi la richesse de nos parcours.

C'est d'ailleurs le conseil que je donne aux internes de santé publique : ne pas hésiter à changer de poste régulièrement, notamment en début de carrière. Les premières années sont souvent déstabilisantes, mais elles permettent de découvrir différents champs d'application de notre spécialité.

Je pense également qu'il faut savoir être audacieux, faire des candidatures spontanées et croire en ses compétences. Nos métiers sont parfois encore mal connus des recruteurs et des administrations, mais notre expertise trouve sa place dans de nombreux environnements professionnels.

TC **Cela doit parfois conduire à des situations complexes ?**

PA Oui, notamment parce qu'il existe un risque de glissement progressif des missions. Certains médecins de santé publique peuvent être amenés à exercer des fonctions davantage orientées vers le contrôle ou la gestion administrative que vers la santé publique.

L'enjeu est alors de préserver notre spécificité : une approche populationnelle de la santé, centrée sur les déterminants, les vulnérabilités et l'amélioration durable de la santé des populations.



*Caisse Centrale de la MSA
à Bobigny*

Entretien avec Carola Pierobon, Médecin à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Propos recueillis par Thomas Cardot

Thomas Cardot Bonjour, merci beaucoup d'avoir accepté de réaliser cette interview. Peux-tu nous présenter ton parcours ?

Carola Pierobon Pendant mes 6 ans d'études de médecine en Italie, j'ai compris assez rapidement que j'étais intéressée par la santé publique, plus que par la clinique. Au contraire, l'idée d'avoir un impact sur la population avec mon travail, c'était quelque chose qui m'attirait beaucoup. Or en Italie la direction hospitalière comprend toujours un directeur médical médecin de santé publique, en plus d'un directeur administratif. Donc j'ai demandé un stage dans la direction médicale de mon CHU, où j'ai pu réaliser ma thèse sur la création d'un parcours coordonné pour des patients cancéreux entre ville et hôpital.

TC La thèse se fait au bout de la 6e année ?

CP Oui, et ensuite il est possible d'exercer en centre de santé ou d'effectuer des remplacements, puisqu'il s'agit d'une thèse professionnalisante. Toutefois, pour accéder à la majorité des postes de médecin spécialisé, il faut passer l'équivalent des EDN. À l'époque, il y avait environ 12 000 places pour 23 000 étudiants, et le concours pouvait être repassé chaque année jusqu'à réussite. Connaissant déjà la France, j'ai choisi de tenter ma chance ici. Puis la COVID a profondément bouleversé le monde... et ma vie : investie dans ma première année d'internat à Grenoble, bénévole dans le projet de veille Bibliovid ainsi que dans l'étude multicentrique French COVID-19, je me suis sentie utile et j'ai décidé de rester.

TC Et en France, quel a été ton parcours de formation ?

CP J'ai toujours voulu m'occuper d'organisation des soins, mais je voulais quand même voir toutes les facettes de la santé publique, qui est très large. Du coup, j'ai essayé de réaliser chaque stage dans une thématique particulière : recherche, promotion de la santé, et administration. J'ai également veillé à multiplier les terrains d'exercice à différents niveaux (départemental, régional...).



C'est dans cette logique que j'ai effectué un stage à l'ATIH au troisième semestre : après une première expérience en DIM, je souhaitais mieux comprendre comment sont définies les règles de codage et par qui.

Par ailleurs, j'ai complété mon parcours avec le M1 de santé publique de Université Paris-Saclay, ainsi que l'option « Administration de la santé ». Cette formation m'a permis de réaliser une année à la Direction de l'Offre de Soins de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, où j'étais en charge de la mise à jour de la permanence des soins en établissement dans le cadre du nouveau schéma régional de santé 2023-2028.

TC Moi je t'ai connue au CLISP surtout !

CP Effectivement, lors de mon internat, j'ai eu le plaisir de m'investir dans le milieu associatif. La santé publique étant un domaine très vaste et les médecins de cette spécialité peu nombreux, cet engagement me paraissait essentiel pour développer un réseau solide et mieux appréhender les pratiques des collègues dans d'autres champs. À partir de ma deuxième année d'internat, je me suis donc fortement impliquée : d'abord en tant que référente pour ma subdivision, puis comme coordinatrice nationale des référents, avant de devenir présidente du CLISP lors de ma dernière année. Nous avons d'ailleurs organisé le CNISP à Grenoble en 2024, où j'ai également occupé le poste de vice-présidente, ce qui m'a permis de participer étroitement à l'organisation de congrès.

J'ai poursuivi cet engagement après la fin de mon internat. Je suis actuellement membre du conseil d'administration du Syndicat National des Médecins de Santé Publique (SNSP), de l'AMiSPA (association des médecins de santé publique en administration) et de l'AProMedA, qui regroupe les internes et médecins ayant suivi l'option « Administration de la santé ».

Sur le plan professionnel, après avoir terminé mon internat il y a un an et demi, j'ai pris un poste de cheffe de projet à l'ATIH.

TC C'est quoi l'ATIH ?

CP L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, créée en 2000, est un établissement public administratif placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.

Ses missions, définies par décret, sont multiples :

- le recueil et la gestion des données de santé dans les champs hospitalier et médico-social ;
- l'évaluation de la performance et de la qualité des prises en charge ;
- la gestion des nomenclatures ;
- l'analyse des coûts des hospitalisations et l'attribution des financements, notamment dans le cadre de la tarification à l'activité.



Nos données
au service
de la Santé

L'ATIH est la seule agence en France à exercer ces missions. Elle répond notamment aux besoins de la DGOS en matière de description et de valorisation de l'activité hospitalière.

Concrètement, les données relatives au séjour du patient (diagnostics, actes réalisés, mais aussi certains traitements administrés, par exemple, une pharmacienne au sein de nos équipes est en charge du volet relatif aux médicaments) sont codées et transmises via le PMSI.

À partir de ces données, les algorithmes développés par l'agence classent les séjours selon l'intensité des soins requis, reflétant ainsi leur coût de prise en charge. Les médecins collaborent avec des docteurs en statistique pour concevoir, développer et faire évoluer ces modèles.

Par ailleurs, certains établissements de santé participent, sur la base du volontariat, à la collecte de données plus fines, comme le temps nécessaire à la réalisation de chaque acte, permettant d'affiner les analyses de coûts.

À l'agence, les directions travaillent de manière étroitement coordonnée : certaines produisent les nomenclatures et les classifications, d'autres élaborent les fonctions de groupage utilisées par les établissements, tandis que d'autres encore assurent la restitution des données vers ces mêmes établissements.

TC Quel est ton travail ?

CP Au sein du pôle classification et financement de l'activité médicale, je suis cheffe de projet en charge de la production et de la maintenance de la classification SMR (soins médicaux et de réadaptation). **Mon rôle consiste à adapter la classification afin qu'elle reflète au mieux les évolutions des pratiques médicales et permette une orientation pertinente des séjours.**

Par exemple, récemment, des acteurs de terrain ont exprimé le besoin de mieux prendre en compte et valoriser les séjours de patients atteints de cancer en SMR, en raison de la complexité de leur prise en charge. Le ministère a alors sollicité une évaluation médico-économique de cette activité, à l'issue de laquelle une revalorisation a été validée. Les directions médicale et financière de l'agence ont ensuite travaillé conjointement pour identifier les séjours concernés et définir les modalités de valorisation forfaitaire associées.

TC Quels sont les enjeux auxquels l'ATIH fait ou va faire face ?

CP À l'heure actuelle, plusieurs réformes sont en cours, avec notamment la mise en place de nouvelles nomenclatures, tant en SMR qu'en MCO. Par ailleurs, des travaux visent à faire évoluer les modalités de financement : en radiothérapie et en dialyse, des solutions sont recherchées pour sortir du financement d'aujourd'hui à la séance pour s'inscrire davantage dans une logique de parcours de soins ou de prise en charge plus globale des patients. Lors de nos échanges préalables, tu as également évoqué l'intelligence artificielle. Il s'agit en effet d'un sujet d'actualité majeur, qui suscite un intérêt croissant au sein de l'agence.

TC Un mot pour les internes ?

CP Après avoir découvert les systèmes académiques et médicaux en France et en Italie, je suis convaincue qu'une expérience à l'étranger devrait être encouragée pour tous : elle permet d'élargir ses perspectives et de mieux comprendre la diversité des pratiques.

S'agissant de l'expérience en France, je ne peux que vous recommander de passer par l'agence : c'est une opportunité unique pour appréhender le financement du système hospitalier à l'échelle nationale et pour renforcer ses compétences en analyse statistique de grandes bases de données.



Entretien avec le Dr Fadia Dib, Adjointe à la cheffe du bureau de la prévention des addictions Direction Générale de la santé

Propos recueillis par Thomas Cardot



Thomas Cardot Bonjour, merci beaucoup d'avoir accepté notre interview. Pouvez-vous nous présenter votre parcours ?

Fadia Dib Je suis médecin de santé publique et docteure en épidémiologie, avec un parcours construit à l'interface entre recherche et décision publique. Aujourd'hui, je suis adjointe à la cheffe du bureau de la prévention des addictions à la Direction générale de la Santé (DGS), après avoir travaillé récemment sur les politiques nationales de prévention des cancers et de dépistage organisé, notamment du cancer colorectal.

J'ai eu la chance d'évoluer dans des environnements très variés : hôpital, recherche académique, institutions internationales et administration centrale. Inscrite en internat à Paris, j'ai suivi deux semestres en mobilité : j'ai notamment travaillé à la London School of Hygiene and Tropical Medicine

sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, puis à Chiang Maï avec l'Institut de recherche pour le développement sur des projets concernant les femmes vivant avec le VIH. Avant d'intégrer la DGS, j'ai exercé comme méthodologiste et praticien hospitalier à l'AP-HP, où j'accompagnais des équipes de recherche clinique et d'épidémiologie.

Aujourd'hui, mon activité est davantage tournée vers le pilotage et l'élaboration des politiques publiques de prévention, avec cette volonté de faire le lien entre données scientifiques, enjeux de terrain et décision publique.

TC Vous parlez de chance ?

FD J'aime à penser que la chance se construit souvent au fil des opportunités que l'on saisit et de la persévérance que l'on y consacre. Lorsque j'ai rejoint la DGS, cela représentait pour moi un véritable pari et une sortie de ma zone de confort. Avec le recul, quatre ans plus tard, je considère que cette expérience a été particulièrement enrichissante et je suis très heureuse d'avoir fait ce choix pour rejoindre le cœur de l'action publique.

L'un des aspects qui m'a également agréablement surpris est la place importante que continue d'occuper la recherche dans mon quotidien professionnel. Recherche et action publique sont parfois présentées comme deux univers distincts, alors qu'à mes yeux elles se complètent et s'enrichissent mutuellement. C'est d'ailleurs un sujet passionnant sur lequel il serait possible d'échanger longuement.

Je ne suis pas certaine qu'il existe un poste idéal ou un parcours unique pour un jeune médecin de santé publique. En revanche, je peux témoigner qu'à la DGS, les opportunités sont nombreuses pour celles et ceux qui souhaitent apprendre, faire preuve de curiosité et découvrir de nouveaux champs d'expertise. C'est un environnement particulièrement stimulant, qui permet de contribuer concrètement aux politiques publiques tout en poursuivant son développement professionnel et sa réflexion.

TC Cette transition professionnelle entre recherche et administration, était-ce une révolution, une révélation ?

FD Je parlerais plutôt d'un déclic. Lors d'un congrès consacré aux femmes leaders en santé mondiale à la London School of Hygiene and Tropical Medicine, j'ai été particulièrement marquée par l'intervention inspirante d'une ancienne ministre. À cette période, je débutais ma thèse de sciences et m'épanouissais pleinement dans la recherche, mais je m'interrogeais déjà sur la manière de traduire les connaissances produites en actions concrètes. Cette expérience a renforcé mon intérêt pour l'action publique, portée par la conviction que celle-ci constitue un levier majeur pour améliorer la santé des populations à grande échelle. La transition vers l'administration s'est donc davantage inscrite dans la continuité de mon engagement en santé publique que dans une rupture avec mon parcours de chercheuse.

TC En quoi consiste concrètement votre travail ?

FD Je contribue à l'élaboration, au pilotage et à l'évaluation de politiques publiques de santé. Concrètement, cela signifie analyser les données scientifiques disponibles, comprendre les enjeux sanitaires et sociétaux, échanger avec de nombreux acteurs – professionnels de santé, agences sanitaires, associations, chercheurs, administrations – puis participer à la construction de stratégies nationales de prévention.

Ces dernières années, j'ai travaillé notamment sur les politiques de prévention des cancers, le dépistage organisé du cancer colorectal, ainsi que sur des sujets liés à la vaccination HPV et à l'adhésion aux politiques vaccinales.

Aujourd'hui, dans le champ de la prévention des addictions, les enjeux sont également très transversaux : tabac, alcool, nouveaux produits nicotiques, substances illicites, prévention chez les jeunes, réduction des inégalités sociales de santé, articulation entre prévention, soins et réglementation.

TC Qu'est ce qui caractérise ce type de poste ?

FD C'est la nécessité de concilier des dimensions scientifiques, politiques, opérationnelles et parfois sociétales ou économiques. Les décisions en santé publique ne reposent jamais uniquement sur les données scientifiques ; elles nécessitent aussi une réflexion sur la faisabilité, l'acceptabilité et l'impact collectif.

TC Quels sont les enjeux actuels, les freins ou leviers éventuels en prévention ?

FD Un premier enjeu majeur est celui des inégalités sociales de santé. Que ce soit en matière de vaccination, de dépistage des cancers ou de prévention des addictions, on observe des différences importantes selon les territoires, le niveau socio-économique ou l'accès à l'information et aux soins.

Il y a aussi un enjeu croissant autour de la confiance envers les institutions et les recommandations de santé publique. Mes travaux sur l'hésitation vaccinale HPV m'ont beaucoup amenée à réfléchir à l'impact de la désinformation, des réseaux sociaux et de la circulation des fausses informations sur les comportements de santé.

Dans le domaine de la prévention, une difficulté importante est également la temporalité : les bénéfices des politiques de prévention sont souvent visibles à long terme, alors que les attentes politiques ou médiatiques sont parfois très immédiates.



Parmi les freins, je citerais :

- les inégalités territoriales,
- le manque de littératie en santé,
- la désinformation,
- et parfois le cloisonnement entre acteurs.

À l'inverse, plusieurs leviers sont essentiels :

- produire des données robustes,
- développer des stratégies de communication adaptées,
- travailler avec les acteurs de terrain,
- et intégrer davantage les dimensions sociales et comportementales dans les politiques de santé.

Par données robustes, j'entends des données issues de protocoles expérimentaux rigoureux, qui permettent de tirer des conclusions solides et réellement utiles à la décision publique. C'est d'ailleurs un sujet dont nous avons récemment discuté au sein de l'équipe, en nous interrogeant sur l'opportunité pour le ministère de s'investir dans un projet de recherche. Finalement, il a été décidé de ne pas en faire une priorité, compte tenu de ses implications relativement limitées pour l'action et la décision publiques.

Je pense aussi qu'il faut mieux valoriser l'évaluation des politiques publiques : comprendre ce qui fonctionne, pour qui, dans quelles conditions. L'évaluation des politiques publiques constitue en elle-même un véritable objet de recherche, qui gagnerait à être davantage investi par le monde académique

TC Quelle place et quel rôle ont les médecins de santé publique dans ce cadre ?

FD Les médecins de santé publique ont une place très particulière parce qu'ils sont justement à l'interface entre plusieurs mondes : le soin, la recherche, les institutions, les sciences sociales, et la décision publique.

Nous avons un rôle important d'analyse et de mise en perspective. Nous sommes formés à interpréter les données scientifiques, à évaluer des interventions, à raisonner à l'échelle populationnelle et à intégrer les déterminants sociaux de santé.

Mais au-delà de l'expertise méthodologique, je pense que notre rôle est aussi un rôle de médiation et de traduction pour traduire des données complexes en outils d'aide à la décision et faire dialoguer des acteurs aux logiques parfois très différentes.

Mon expérience à la Direction générale de la Santé (DGS) m'a justement permis de découvrir à quel point l'administration centrale peut être un lieu stimulant pour un médecin de santé publique. On y travaille sur des sujets très variés, avec un impact concret sur les politiques nationales, en lien permanent avec les agences sanitaires, les professionnels de santé, les associations, les cabinets ministériels ou encore les acteurs européens.

C'est aussi un environnement où l'on apprend énormément : arbitrages, réglementation, pilotage de stratégies nationales, travail interministériel... Pour des internes de santé publique, je pense que c'est une expérience particulièrement riche, qui permet de comprendre comment se construisent réellement les politiques de santé.

TC Quel conseil donneriez-vous à un interne de santé publique ?

FD Je dirais d'abord : profiter de la diversité de la spécialité. La santé publique permet d'exercer dans des environnements très différents, et l'internat est justement le moment où l'on peut explorer ces différentes possibilités.

Je conseillerais aussi de construire des bases méthodologiques solides : épidémiologie, statistiques, analyse critique, compréhension des données. Ce sont des compétences extrêmement utiles, quel que soit le parcours ensuite.

Mais il est tout aussi important de développer des compétences "transversales" : savoir travailler en équipe, communiquer, rédiger, négocier, comprendre les enjeux institutionnels et politiques.

Je pense également qu'il ne faut pas hésiter à sortir du cadre habituel : expériences internationales, recherche, administration, projets de terrain... Ce sont souvent ces expériences qui permettent de construire un parcours original et cohérent.

Enfin, je dirais qu'il faut garder en tête le sens collectif de notre métier. La santé publique, c'est essayer d'améliorer la santé des populations, réduire les inégalités et contribuer à des décisions qui ont un impact concret sur la société.

Entretien avec le Dr Mickael Benzaqui, Sous-directeur de l'accès aux soins et du premier recours Direction générale de l'offre de soins

Propos recueillis par Thomas Cardot

Thomas Cardot Bonjour, merci d'avoir accepté cette interview. Tout d'abord, pourriez-vous présenter votre parcours ?

Mickael Benzaqui J'ai effectué mon externat à Paris, puis mon internat de Santé publique et *médecine sociale* à Reims. J'ai eu un engagement associatif fort : vice-président étudiant de l'Université Paris Diderot (Paris Cité) ; Président du comité des internes de Reims ; VP communication au CLISP ; Secrétaire Général puis Président à l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI). Au-delà de mon cursus, cet engagement a déjà constitué une forme de formation à l'échange avec les pouvoirs publics, à formaliser un projet, à structurer une réflexion sur le système de santé, à travailler aussi le droit, par exemple sur le temps de travail des internes, qui était déjà un sujet de préoccupation quand j'étais à l'ISNI : j'en ai d'ailleurs fait ma thèse et j'ai publié l'ouvrage « Ce que l'Europe a fait pour les internes ». J'ai parallèlement poursuivi un bagage académique me permettant de découvrir la santé publique de façons très différentes : un DIU sur les politiques de santé en matière de précarité et trois Master, à l'EHESS sur le pilotage des établissements de santé, à Sorbonne Paris Nord en sciences politiques sur la construction et l'évaluation des politiques publiques, et à l'ENA et Dauphine en gestion et administration publique où j'ai beaucoup appris sur l'organisation et le financement de l'État. J'y étais le seul médecin et j'ai dû convaincre mes coordonnateurs de DES (et prendre sur mes vacances) pour les suivre, mais ils m'ont beaucoup soutenu. Côté stages, je suis passé à la Direction de la stratégie régionale de l'ARS Champagne-Ardenne à l'époque, au DIM du CH de Troyes pour voir le côté financement des hôpitaux, puis au service communal d'hygiène et de santé de la ville de Reims, passionnant pour voir que les collectivités territoriales ont aussi des leviers en matière de santé et de prévention, et enfin à la Direction de la sécurité sociale du ministère de la Santé sur deux grands enjeux : la gestion des négociations conventionnelles entre les professions libérales de santé et l'assurance maladie ; le remboursement des produits de santé où j'ai pu représenter l'État en commission de la transparence au sein de la HAS.



TC Et après l'internat ?

MB J'ai commencé comme conseiller médical de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), avec des enjeux organisationnels et financiers entre la ville et l'hôpital donc j'ai contribué à la promotion de ce type d'hospitalisation auprès du ministère (ainsi qu'à inscrire l'HAD au programme du 2e cycle). J'ai ensuite été appelé par la ministre Agnès Buzyn pour rejoindre son cabinet à partir de 2018 sur l'accès aux soins et la santé environnement, un portefeuille assez large car à l'époque il y avait assez peu de conseillers au sein de des cabinets ; j'ai poursuivi avec le ministre Olivier Véran jusqu'à la fin de la première vague COVID avec le Ségur de la santé et les négociations pour revaloriser l'hôpital et les soignants. Puis pendant quatre ans à la Caisse nationale de l'Assurance Maladie, j'ai notamment

dirigé le département des actes médicaux qui a en charge les négociations avec les syndicats de tous les professionnels de santé libéraux : on a signé la nouvelle convention médicale en 2024 qui permet, via le levier financier, d'organiser les soins de ville pour améliorer les conditions de travail des médecins et l'accès aux soins pour nos concitoyens.

TC Actuellement quel est votre poste au ministère de la Santé ?

MB En 2024, il y a eu une réorganisation de la Direction générale de l'offre de soin (DGOS) avec la création d'une sous-direction dédiée à la médecine de ville, à l'accès aux soins de premier recours et aux services d'urgence. Donc j'ai 3 équipes : un bureau qui s'occupe de l'accès territorial aux soins, donc les questions de zonage et de suivi des négociations conventionnelles avec l'assurance maladie, d'imagerie et biologie médicales, de maillage pharmaceutique, des plans de lutte contre les déserts médicaux... ; un bureau qui aide à structurer la coopération entre professionnels libéraux et d'autres formes d'exercices (hôpitaux de proximité, MSP, CPTS, centres de santé...) et qui pilote aussi le réseau France Santé voulu par le Premier ministre pour donner une meilleure marge de manœuvre aux professionnels de santé ; enfin le bureau de la médecine d'urgence et des soins non programmés, avec un objectif de désengorgement des services d'urgences et la gestion des transports sanitaires (ambulances, SMUR, transports hélicoptés...). C'est passionnant de proposer des solutions aux femmes et hommes politiques et de mettre en œuvre ces politiques publiques, avec des enjeux évidemment très importants et très politiques d'accès au soin pour tous les Français.

TC Comment s'articule votre travail ?

MB On est vraiment à l'interface de plein de mondes différents, d'abord au sein du ministère avec les autres directions d'administration centrales qui ont des façons de voir ou des problématiques très diverses et avec lesquelles on essaie de faire converger nos regards pour construire les politiques publiques ; avec l'Assurance maladie qui a ses propres enjeux notamment dans la discussion avec les professionnels libéraux. J'ai aussi la chance de pouvoir discuter très

régulièrement avec l'ensemble des syndicats de professionnels de santé, les fédérations hospitalières et les représentants des patients, ce qui permet d'avoir un retour direct sur les choses qui vont ou pas. Enfin on a des échanges interministériels riches, j'ai en tête notamment ceux avec le ministère de l'Intérieur s'agissant des relations entre les pompiers et les urgentistes, et avec le ministère des Territoires, puisqu'il faut qu'on déploie des solutions concrètes en matière d'accès aux soins, pour lesquelles les élus locaux sont des partenaires précieux. Les médecins de santé publique ont ce rôle de stratèges pour concevoir les politiques publiques au niveau national et, en lien avec les ARS, appuyer la déclinaison de ces politiques sur le terrain. On est médiateur entre les différents ministères, les ARS, les professionnels de santé, les usagers. On teste enfin des solutions très pratiques et innovantes : je pense aux Médicobus, qu'on essaie de généraliser parce que ça fonctionne.

TC Quels échanges avez-vous avec les partenaires, personnellement ?

MB On a des instances d'échange thématiques réguliers avec les Directeurs généraux ou les Directeurs de l'offre de soin des ARS qui nous permettent d'avoir des retours territorialisés des politiques publiques qu'on met en œuvre ; avec les élus, principalement avec les parlementaires puisque l'administration peut être requise en audition au Parlement mais aussi les représentants des élus locaux, notamment avec le ministère de l'Aménagement du territoire et de la Décentralisation, l'Association des maires, des régions, etc.

TC Alors, comment faites-vous pour améliorer le temps médical ?

MB Aujourd'hui on est dans une situation démographique compliquée partout dans le monde, puisque l'OMS estime qu'à l'horizon 2030, on aura besoin d'un million de professionnels de santé. Pour répondre au besoin croissant de soins il faut réfléchir en termes d'offres de soins à déployer. Par exemple le travail aidé : en permettant aux médecins d'employer des



assistants médicaux qui vont les aider à avoir davantage de patients, tout en gardant une qualité de vie au travail identique, voire meilleure. Il faut par ailleurs faire monter en compétence un certain nombre de professionnels. Il faut aussi répondre aux questionnements des jeunes médecins sur leur installation, et trouver des solutions pour la faciliter. Il y a un engouement par exemple pour l'exercice mixte : il faut donc créer des passerelles entre le public et le privé et pour cela il faut faire évoluer notre droit.

TC **Comment voyez-vous les liens entre les différents acteurs pour lesquels vous avez travaillé, notamment le ministère et la CNAM ?**

MB La dichotomie entre État et Sécurité sociale est une richesse : les orientations des politiques sociales dépendent certes de l'État, mais c'est la capacité d'action de l'Assurance Maladie, de négociation avec les syndicats, qui fait la richesse de leur mise en œuvre. Je ne crois pas aux politiques publiques qui s'appliquent verticalement depuis Paris, mais au dialogue social qui se crée quand on essaie d'améliorer l'accès aux soins, libérer du temps médical, ou revaloriser telle ou telle spécialité médicale. Cette articulation entre le ministère, l'Assurance Maladie et les représentants d'une profession amène à une co-construction, qui est indissociable à la santé publique.

TC **Pour conclure, avez-vous un conseil pour les internes de santé publique ?**

MB Il faut être hybride, maîtriser les codes des différents acteurs : il faut savoir parler l'administratif, le médecin, l'économiste, le juridique. Maîtriser ces différents outils vous donne une vision transversale qui fait de vous une personne ressource indispensable dans cet écosystème.

Ce qui est plaisant au quotidien, c'est de pouvoir challenger mes équipes sur la rédaction d'un texte juridique, le défendre devant le Conseil d'État, et en même temps de parler concrètement de la pratique médicale. Pour cela, il faut aller sur le terrain, dans les diverses institutions, dans les cabinets, aller voir ce qui fonctionne et là où ça coince. On gagne en crédibilité et on gagne en capacité d'action quand on comprend les difficultés très pratico-pratiques et opérationnelles qui sont les derniers kilomètres indispensables pour mener à bien des réformes. Enfin, il faut oser proposer des solutions : la santé publique a besoin de véritables réformateurs plus que de gestionnaires !

TC **Mais il peut y avoir une question de légitimité pour parler au nom des autres médecins ?**

MB L'idée n'est pas de parler « au nom » des autres médecins, mais « en tant » que médecin à part entière. C'est toujours la crainte des médecins de santé publique d'être considéré comme moins médecin que d'autres, mais ce n'est pas parce qu'on a une spécialité qui n'est plus clinique qu'on est moins médecin qu'un autre : on a partagé une bonne partie de nos études et on a des compétences et une expertise particulières, comme tout spécialiste. Il y a un besoin de médecins de santé publique comme pilotes dans l'administration, car nous avons la vision globale du système de santé, la capacité à comprendre les grands indicateurs nationaux mais dans le même temps le regard médical qui porte le souci du patient : s'il n'y a personne pour mettre en œuvre les réformes au bout de la chaîne et si ça ne change pas le quotidien des gens elles ne servent à rien, d'où l'intérêt du regard très concret et à la fois global du médecin de santé publique.

EUROPEAN NETWORK OF MULTIDISCIPLINARY RESIDENTS IN PUBLIC HEALTH

Euronet MRPH est un réseau européen réunissant les associations nationales d'internes et jeunes professionnels en santé publique, afin de favoriser les échanges, la formation, la recherche et la coopération entre les futurs acteurs de la santé publique en Europe.

Il est administré par les Commissions Nationales (**NCs**), un Bureau exécutif (**Board**) et plusieurs Responsables thématiques (**Leads**), pour un mandat d'un an. **Euronet organise deux grandes réunions par an : le Spring Meeting en mai, et le Winter Meeting en décembre. Les échanges se font en anglais.** NCs represent the national associations. Each commission has one vote on the network's strategic decisions and participates in shaping the association's general direction. The French commission, which represents the CLISP, is chaired by Anastassia, who communicates information between Euronet and CLISP representatives or French residents, via email and WhatsApp.



“

This year, our goal is to promote accessible opportunities for all members within a well-structured, transparent and sustainable organizational framework. We will also consolidate existing partnerships, while exploring new ones, particularly with training and academic institutions and other relevant stakeholders. We seek a strong and unified network, where initiatives are shared and coordinated, and where the collective perspectives of National Commissions are consistently represented.

Cristina Illán

Ivonne Torres Jimenez

Medical resident in Madrid, Spain
Alumni Lead: fosters communication with former members and promotes mentorship and collaboration through dedicated activities and events.



Marianna Zarro

Rome, Italie
Research Lead: coordination of research projects within the network.



Elizabeth Charlton

Public Health Registrar in Birmingham, UK
Communication Lead: quarterly newsletters, maintaining mailing lists and social media.



Bernardo Pereira

Medical resident in Vila Real, Portugal
Internship Lead: looks for new internship opportunities to propose to the members of the network but also monitors and records activity of the network in this respect.



Elio Tolti

Medical resident in L'Aquila, Italy
Meetings Lead: organizes the network's biannual in-person conferences, which serve as platforms for young public health professionals to convene, learn and gain insights from esteemed public health leaders.



LEADS

Coordination in specific fields, enhance the development of the network in scientific, communication, social and cultural domain.



Aldo Gorga

Medical resident in Turin, Italy
Website Lead: responsible for the maintenance of internal server and email affairs, as well as update and enhancement of the website.



Luka Delak

Medical resident in Zagreb, Croatia
Capacity Building: organises monthly teleconferences specifically tailored for young public health residents. These sessions offer a platform for residents to deepen their understanding of various topics through insights shared by seasoned public health experts.



Veronica Raimondi

Medical resident in Milan, Italy
Members Lead: facilitates connectivity with national commissions and network members.



Lilia Aguirrezabala

Medical resident in Madrid, Spain
Newsletter Lead: in charge of issuing the trimestral Newsletter and of opening the call and coordinating the Newsletter Team.



Join us on Whatsapp, Instagram, LinkedIn



Site internet Euronet



VALORISATION DE TRAVAUX D'INTERNES



MonExposome

Devenez acteur de votre santé !



NE PAS JETER SUR LA VOIE PUBLIQUE



Qualité de l'air, alimentation, sommeil, cosmétiques, stress : toutes ces expositions ont un impact sur votre santé !

Elles sont à l'origine de 90% des maladies chroniques : diabète, obésité, cancers, maladies cardiovasculaires...

Comment mieux me protéger ?

Flashez ce QR code et partez à la découverte de VOTRE exposome, pour apprendre et agir !



- ➔ Des conseils **pratiques** pour réduire les risques
- ➔ Votre bilan **personnalisé**
- ➔ Un outil **gratuit** créé par des **médecins** sur un espace **sécurisé**

En participant, j'aide à la recherche sur les risques environnementaux.



Le Shift Project et Les Shifters

think tanks sur la transition énergétique, ont lancé une grande consultation des professionnels de santé afin de recueillir leurs motivations et freins en matière de transition énergétique. En tant qu'internes de santé publique votre participation est précieuse. Participez en un simple [clic](#)!

The Shift Project et Les Shifters lancent

La Grande Consultation Santé

**Infirmiers, médecins, pharmaciens :
Donnez votre avis !**



Lucia Rodriguez-Borlado

Mobilisation des acteurs communautaires non médicaux pour prévenir l'obésité infantile dans les quartiers urbains défavorisés : une approche territoriale systémique à Lyon, France

L'obésité infantile constitue un facteur majeur des inégalités de santé. Bien que les approches systémiques de prévention de l'obésité mettent de plus en plus l'accent sur l'action intersectorielle, le rôle des acteurs communautaires non médicaux intervenant en dehors du secteur de la santé demeure insuffisamment documenté.

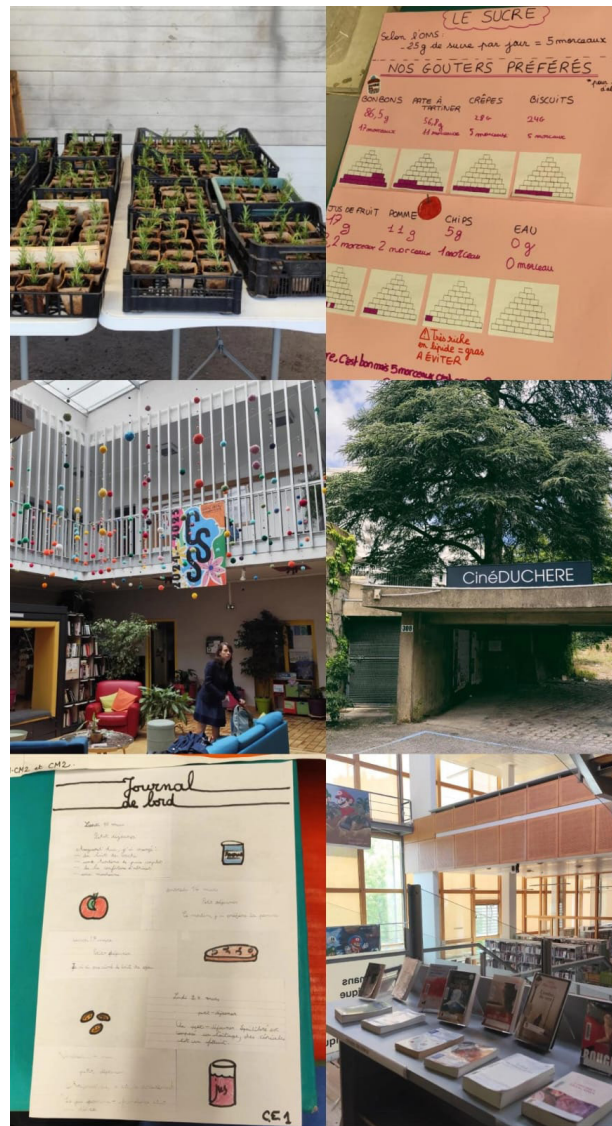
L'objectif de cette étude était d'explorer les contributions existantes et potentielles des acteurs communautaires non médicaux à la prévention de l'obésité infantile dans des zones urbaines défavorisées.

Une étude qualitative a été menée dans deux quartiers urbains défavorisés de Lyon, en France. Trente entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de professionnels appartenant à des organisations non médicales travaillant avec les enfants et les familles. Les données ont été analysées selon une approche inductive afin d'identifier les actions mises en œuvre ainsi que les obstacles et les leviers perçus.

L'étude a montré que les acteurs non médicaux contribuent déjà à la prévention de l'obésité infantile. Toutefois, leur implication reste fragmentée et peu connectée aux services de santé. Parmi les principaux obstacles identifiés figuraient le manque de formation sur les questions de santé, le sentiment de ne pas être légitimes pour aborder la question de l'obésité, ainsi qu'une visibilité insuffisante des ressources locales en santé. Néanmoins, les acteurs interrogés ont exprimé une forte volonté de s'engager davantage.

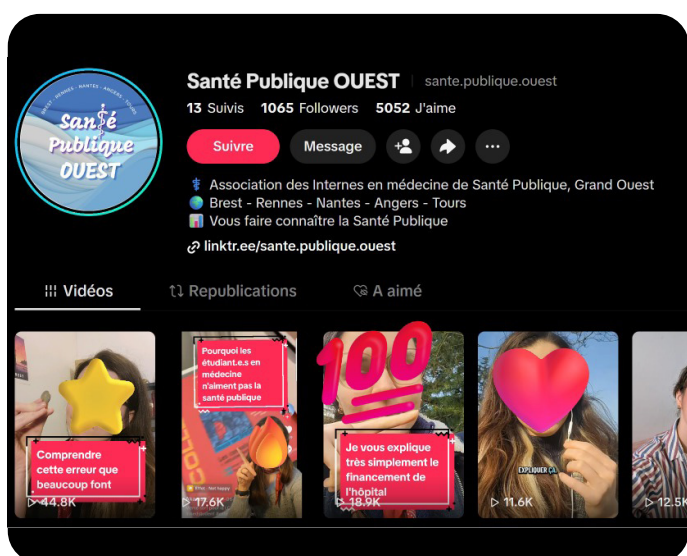
Les acteurs communautaires non médicaux représentent une ressource encore sous-exploitée pour une prévention de l'obésité infantile orientée vers l'équité en santé. Leur intégration dans des dispositifs de gouvernance territoriale coordonnés pourrait renforcer les approches systémiques et étendre la portée des services de santé au-delà des cadres traditionnels.

Cette étude met en évidence la manière dont les services de santé et les hôpitaux peuvent mettre en œuvre les normes HPH (Health Promoting Hospitals and Health Services) en développant des partenariats structurés avec les acteurs sociaux, culturels et du logement afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. En mettant l'accent sur la petite enfance et les quartiers urbains défavorisés, elle illustre comment l'équité en santé tout au long de la vie peut être renforcée grâce à une action intersectorielle ancrée dans la communauté.



Santé Publique OUEST

L'association des internes en Santé Publique du Grand Ouest, au service d'une communauté engagée pour la santé des populations.



Cette année l'association des internes de Santé Publique du Grand Ouest a retravaillé son identité visuelle et sa stratégie de communication. Le nouveau nom *Santé Publique OUEST* a été voté par l'ensemble des cotisant-es, le nouveau logo a été choisi à l'issue d'un jeu concours participatif et le lancement d'un compte Tiktok a été une franche réussite grâce à l'investissement de la chargée de communication de l'association. Les formats vidéos courts et peu montés permettent de toucher une audience large sur des sujets de santé publique généraux, mais également sur la place de notre spécialité dans le panorama médical, avec même une vidéo réunissant 44k spectateur-ice-s qui explique une notion simple de statistiques !



Suivez-nous sur TikTok :



CONSEILS DE LECTURE



Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous

Kate Pickett, Richard Wilkinson

En coédition avec l'Institut Veblen et Étopia

Octobre 2013

Pourquoi les Japonais vivent-ils plus longtemps que les Américains ?

Pourquoi y a-t-il plus de grossesses chez les adolescentes aux États-Unis qu'en France ?

Pourquoi les Suédois ont-ils la taille plus fine que les Grecs ? La réponse est chaque fois : l'inégalité.

État de santé, espérance de vie, obésité, santé mentale, taux d'incarcération ou d'homicide, toxicomanie, grossesses précoces, succès ou échecs scolaires, bilan carbone et recyclage des déchets, tous les chiffres vont dans le même sens : l'inégalité des revenus nuit de manière flagrante au bien-être de tous.

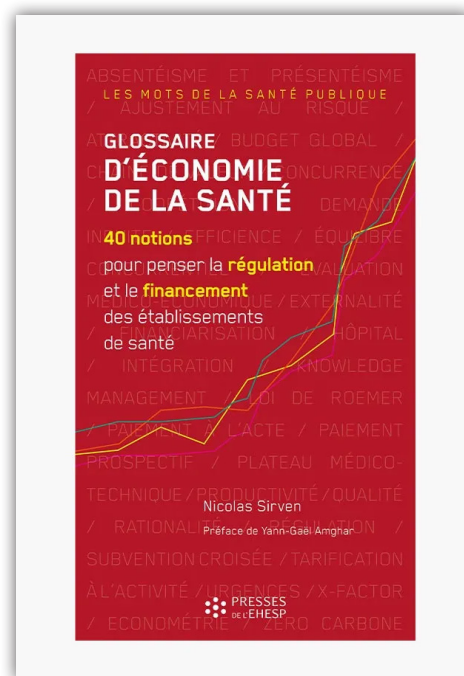
Conclusion des auteurs : **"Ce n'est pas la richesse qui fait le bonheur des sociétés, mais l'égalité des conditions."**

Glossaire d'économie de la santé. 40 notions pour penser la régulation et le financement des établissements de santé

Nicolas Sirven

Mars 2026

Dans un secteur de santé sous tension, ce glossaire de 40 notions clés offre des définitions rigoureuses et des mises en contexte concrètes. Un outil essentiel pour étudiants, soignants et décideurs qui veulent comprendre les mécanismes qui façonnent la santé.



Prévenir les dérives sectaires au domicile de la personne âgée

Etude multi-auteurs

2017

Un ensemble de recommandations adaptées. Ces dernières années, les dérives sectaires se développent par le biais du secteur de la santé (par exemple sous forme de thérapies alternatives). Pour repérer, alerter et agir contre ces dérives, il faut améliorer la formation professionnelle, la sensibilisation du grand public et faire évoluer le cadre juridique.



Synthèse de l'étude :



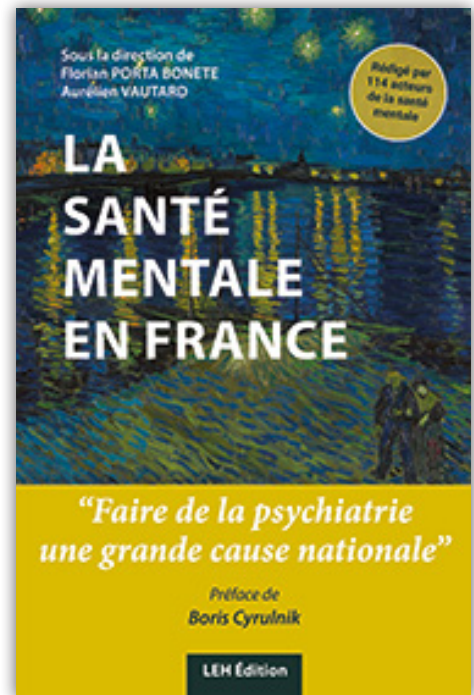


La santé mentale en France

Sous la direction de Aurélien Vautard et Florian Porta Bonete

Mai 2024

Avec treize millions de personnes concernées chaque année par un trouble psychique en France, la « médecine de l'âme » s'est installée au cœur de la santé publique de ce XXI^e siècle. Jamais les Français n'ont été si nombreux à s'intéresser à la santé mentale et à la psychiatrie. Toutefois, la morosité règne parmi les acteurs des soins, les patients et leurs proches : listes d'attentes interminables pour obtenir un rendez-vous, difficultés d'accès à certaines thérapies, déstabilisation due à la crise de la Covid-19, discours simplistes ou caricaturaux... La psychiatrie a pourtant profondément évolué au cours des dernières décennies. Ce livre est donc né d'une double ambition. D'une part, permettre au lecteur d'embrasser ce que sont santé mentale et psychiatrie en France au quart de ce siècle. D'autre part, porter un plaidoyer citoyen, afin de faire de la psychiatrie une grande cause nationale. Trois axes structurent l'ouvrage : les troubles et thérapies ; l'organisation des soins ; la place de la santé mentale dans nos sociétés avec l'éclairage des sciences humaines. De façon inédite, 114 auteurs, issus de toute la France, médecins, directeurs d'hôpitaux, universitaires, soignants, personnes concernées, représentants institutionnels, dessinent, chacun dans leur champ, les grands enjeux d'aujourd'hui et de demain, pour imaginer le monde d'après. Œuvre collective dans la nuit, ce livre se veut un pas sur le chemin de l'aurore.





CONSEILS DE CONFÉRENCES

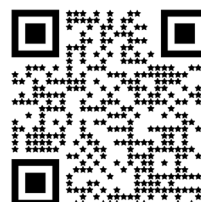
COLLÈGE DE FRANCE

— 1530 —

Les cours du Collège de France

Santé mentale et addictions

Maria Melchior présente les définitions de la santé mentale dans les principales classifications des maladies, leur origine et leurs évolutions, ainsi que les questions qui se posent lorsque l'on souhaite mesurer la santé mentale dans des enquêtes et cohortes épidémiologiques, et enfin les controverses actuelles.



Présences de Foucault

Didier Fassin, anthropologue, sociologue et médecin qu'on ne présente plus, se penche dans son dernier cours sur l'héritage de Michel Foucault, auteur moderne le plus cité au monde.

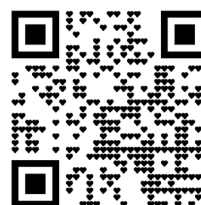
Le travail du Syndicat National des médecins de Santé Publique



Webinaire sur

l'attractivité de la spécialité médicale de santé publique

Le SNSP a conduit en mai dernier un webinaire dans lequel le CLISP est intervenu, avec des données et représentations étudiantes, et des éléments que nous pouvons changer.





Les conférences de Sorbonne Université

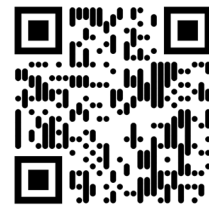
Le système de santé français : comment relever le double défi de l'attractivité et de la soutenabilité ?



Nicolas Revel, directeur de l'APHP, ancien directeur de la CNAM, propose de se pencher sur l'avenir du système de santé français.

Anthropologie de la santé en Guyane

Isabelle Hidaire Krivsky, anthropologue et directrice régionale aux droits des femmes, se penche sur cette région aussi large que la Nouvelle Aquitaine, mais qui abrite moins de 300 000 habitants, avec des coutumes très différentes du reste de la République et d'importants problèmes sociaux.



Le scandale du Mediator

Irène Frachon revient sur son combat pour révéler les dangers du Mediator, un médicament responsable de milliers de victimes. Son témoignage met en lumière les difficultés rencontrées par les lanceurs d'alerte face aux pressions institutionnelles et industrielles, mais aussi l'importance de leur rôle dans la défense de la santé publique.

Symposium de l'ISSPAM

(payant) - **21 juillet 2026** – Marseille et distanciel

"Quelles intelligences pour la santé publique ?"

Dans le cadre de son école d'été, l'ISSPAM organise le symposium intitulé "Quelles intelligences pour la santé publique ?", qui se tiendra le mardi 21 juillet 2026 à Marseille. Face aux nombreux défis actuels en santé publique, ce symposium vise à apporter un éclairage collectif sur différents enjeux, en croisant les regards selon une approche complémentaire et une vision à 360 degrés.

Programme

- **Science, ideology, and impact on vaccine decision-making**

Dr. Caroline Quach-Thanh - Québec's National Director of Public Health and Assistant Deputy Minister for Prevention and Public Health at the Ministère de Santé et Services sociaux

- **Multi-level and multidisciplinary challenges of public health today and in the future**

Pr. Tit Albreht - President of the European Public Health Association (EUPHA), Centre for Health Care, National Institute of Public Health of Slovenia

- **Thinking Public Health in a Post-Modern Era**

Pr. Bruno Falissard - Director of CESP/INSERM U1018 (Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations) and President of SFPEADA (Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées)

- **Leading and transforming the Public Health workforce in turbulent times**

Pr. Katarzyna Czabanowska - Department of International Health, WHO CC for Public Health Leadership and Workforce Development, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), FHML, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands

L'ISSPAM a également mis en ligne certaines de ses conférences passées :

Analyse des risques, environnement et santé : approche depuis la psychologie sociale

Présentation de Raquel Bertoldo, LPS (Laboratoire de Psychologie Sociale d'Aix Marseille), dans le cadre de la journée inter-instituts "Une Seule Santé, Une Seule Planète" organisée conjointement par l'Institut des Sciences de la Santé Publique de Marseille (ISSPAM) et l'Institut Méditerranéen pour la Transition Environnementale (ITEM) le 12 novembre 2025.





The Portorož Youth Health Forum

(payant) - 20-24 septembre 2026

The Portorož Youth Health Forum brings together youth workers, youth health advocates, health professionals, experts, and stakeholders from across Europe and beyond to explore the role of young people in shaping healthier societies. By connecting youth work with health promotion, prevention, advocacy, and policymaking, the forum creates a space for practical learning, exchange of ideas, cooperation, networking, and the development of new approaches to youth health.







Fondée en 1989 par deux journalistes, l'**ENTREPRISE D'INFORMATION APM INTERNATIONAL APPORTE UNE L'ACTUALITÉ PERTINENTE AUX PROFESSIONNELS DU SECTEUR DE LA SANTÉ.** Votre employeur ou votre université vous permettront éventuellement d'accéder à leurs articles, souvent lus par les médecins de santé publique.

Renseignez-vous !

À ÉCOUTER & À SUIVRE



PODCAST

Le Phil d'actu

Le podcast engagé qui analyse en 15 minutes un sujet d'actualité au prisme des philosophes

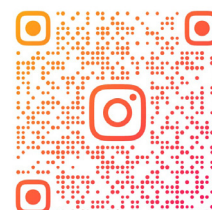


INSTAGRAM

Elise Bordet

Ingénieure agronome

Docteur en immunologie et artiste, Elise Bordet décrypte des sujets scientifiques qui font l'actualité.



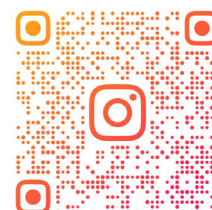
@ELISE.BORDET_

INSTAGRAM

Violette Babocsay

Cette « diététicienne qui lit des études »

propose des réels sur des sujets nutritionnels.



@VIOLETTE.DIET

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
I															
II								■							
III										■		■			■
IV			■			■	■			■					
V									■						
VI							■	■							
VII									■						
VIII			■		■					■			■	■	
IX	■			■				■							
X											■				

HORIZONTAL

I. Basique et pourtant complexe en santé publique. **II.** Traduirai un diagnostic en CIM-10. Jenner le fit pour la première fois le 14 mai 1796. **III.** Acte en bloc. Or symbolique. **IV.** Qui a tout à cacher. Pivot du parcours de soins coordonné. Double dans la queue. Révolutionnaire au Mexique mais plutôt bourgeoise en France. **V.** Neurotransmetteur numéro un. Douleurs qu'on peut aussi purger de droite à gauche. **VI.** Peut être un deux ou poulet mais n'est pas consubstantiel à un bon internat de santé publique. Est bien en dessous du niveau de la mère. **VII.** Petite dent d'enfant retournée. Témoin de mariage en alliage. **VIII.** Embouteille les parisiens. Blond ou brun suédois à sucer. latrogénie. **IX.** Roi décapité. Khi vient juste avant lui. Elle se comporte comme une cloche. **X.** Outil de pilotage. Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires.

VERTICAL

1. Humains ils tendent à augmenter les pesticides sur les légumes mais objets ils tendent à les limiter. **2.** Patient.es du médecin de santé publique. **3.** Professionnels de la santé les plus nombreux. Ou option, en option. Passeport par exemple. **4.** Ils sortent de sciences peaux. **5.** Retourné et rempli de suc à visée reproductive. Poste de Commandement. **6.** Constat d'échecs. Réunit ses fils. **7.** Trois à Rome. Colony forming. **8.** L'amour au cinéma. Tête à queue. **9.** PICC ou MID. Engagement collectif civil d'Edouard Philippe. **10.** Est un con selon l'expression consacrée. Compagnie sud-africaine qui vole. Côte à côte. **11.** C'est prévoir pour Merlot-Ponty. **12.** Intervalle de confiance. Dans les pommes. **13.** Certifiée par l'HAS. Horaire en matinée. **14.** Produira une chouette émission. Bords de laid. **15.** Blanc et noir pour un poète haut en couleur. Foutre les jetons.



Réponses dans le bulletin 57



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
president@clisp.fr

Irène Valay - Vice-présidente
president@clisp.fr

Louise Hardelin - Secrétaire générale
secretariat@clisp.fr

Aymeric Cadic - Trésorier
tresorier@clisp.fr

Astrid Kérouédan
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

Juliette Condé - 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

Anastassia Gasquet
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
Rédacteur en chef : Thomas Cardot - bulletin@clisp.fr

REPRÉSENTANTS DES SUBDIVISIONS

Île-de-France

Paris Estelle Leperrier paris@clisp.fr

Nord-Est

Besançon Maëlle Bourquard besancon@clisp.fr

Dijon Eyméric Fouilhe dijon@clisp.fr

Nancy Medhi El Azrak nancy@clisp.fr

Reims Benjamin Eurin reims@clisp.fr

Strasbourg Chahard Archia strasbourg@clisp.fr

Nord-Ouest

Amiens Guillaume Mismacque amiens@clisp.fr

Caen Aline Lazberg 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 Valay Irène nantes@clisp.fr

Rennes Rudy Organini et Claire Kerzerho rennes@clisp.fr

Tours Desurmont Arthur tours@clisp.fr

Rhône-Alpes et Auvergne

Clermont-Ferrand Sadura Izabela clermont-ferrand@clisp.fr

Grenoble Christos Tsamasiotis grenoble@clisp.fr

Lyon Monia Mehalla lyon@clisp.fr

Saint-Étienne Brebion Bénédicte saint-etienne@clisp.fr

Sud-Ouest

Bordeaux Becker Chloé bordeaux@clisp.fr

Limoges (poste non pourvu) limoges@clisp.fr

Antilles, Guyane (poste non pourvu) 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 Plaux Antoine nice@clisp.fr

Toulouse Clémentine Chalumeau toulouse@clisp.fr



#56 - JUIN 2026