

Octobre 2019

BULLETIN NUMÉRO 40



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE



Santé Pub': Rendez vous
en internat inconnu!

SANI 2019

SOMMAIRE

P03 - Éditorial de la Présidente

P05 - Présentation du bureau

P06 - Retour sur le CliSPro et le CAISP 2019

P18 - Retour sur l'université d'été de Besançon

P24 - EuroNet MRPH : Retour sur le meeting de Vienne

ÉDITORIAL DE LA PRÉSIDENTE

Nous voilà déjà en octobre et ce premier bulletin marque le début d'une nouvelle année universitaire qui sera, je l'espère pour tous, enrichissante, pleine de rencontres et fructueuse en projets.

« SANTÉ PUB' : RENDEZ-VOUS EN INTERNAT INCONNU »

Chers « néo-internes », je vous souhaite, chaleureusement, la bienvenue dans notre passionnante spécialité. Rendez-vous en internat inconnu...S'il y a encore du chemin à parcourir, félicitations pour ces longues années d'étude. Elles font de vous des médecins, votre identité.

Cet internat inconnu, à l'heure actuelle, vous n'en connaissez pas encore la destination finale. Vous aurez certainement les yeux bandés en début de parcours. Une sensation qui pourra vous sembler déstabilisante. Elle est naturelle, la plupart d'entre nous l'a expérimentée avant vous. Vos co-internes, les associations, dont le CLiSP, seront toujours prêts à vous aider alors n'hésitez pas à vous tourner vers eux.

Internat inconnu, la santé publique, je l'espère, saura vous enchanter. Vous découvrirez ses

nombreux domaines et ses multiples possibilités de carrières. Vous découvrirez qu'il y a autant de parcours qu'il y a d'internes, et que vous serez libres de créer votre carrière en fonction de vos envies, vos qualités et vos compétences. Vous pourrez aussi mettre vos talents au profit de la collectivité des internes, par un engagement dans une des nombreuses associations de notre spécialité.

VOTRE BULLETIN

Je remercie vivement Camille, pour son travail sur ce bulletin, qui est comme tous les précédents, très réussi. Il valorise le travail d'ISP avec les résumés des travaux des internes ayant participé au Congrès Annuel des Internes de Santé Publique. Vous y trouverez des projets ambitieux, simples et bien menés, amusants ou sérieux. Ils sont le reflet de la diversité de notre spécialité.

LES PROJETS ET RENDEZ-VOUS DE L'ANNÉE

Cette année, au vu de l'évolution de nos études, accélérée au rythme des réformes, un axe prioritaire est et sera mis sur l'attractivité de notre spécialité.



Des efforts ont déjà été menés à travers les apéros-infos dans la plupart des villes, l'actualisation des fiches de présentation des subdivisions et la mise en ligne du nouveau site internet, concrétisant le travail de plusieurs mandats précédents.

Dans la continuité de nos prédécesseurs, l'équipe suit la mise en œuvre de la réforme du 3^{ème} cycle, et notamment de la future option d'Administration De La Santé en lien avec l'EHESP et les enseignants. La place du médecin de santé publique dans l'administration est plus que jamais au centre des débats et grandes discussions.

Les événements traditionnels seront au rendez-vous, le SANFI devenu le CNISP se déroulera à Lyon fin avril 2020, le CLiSPro se

déroulera fin juin 2020 à Paris – nous veillerons bien sûr à ce qu'ils soient aussi passionnants que les précédents.

La fin d'année 2019 sera marquée par le 12^{ème} congrès européen de l'European Public Health Association (EUPHA) les 21, 22, 23 novembre à Marseille. Sur le thème « Construire des ponts pour une

santé publique solidaire et ouverte sur le monde », il sera une occasion de rencontrer des professionnels de toute l'Europe notamment sur le changement climatique, les infections émergentes, la propagation des maladies non transmissibles, ...

Enfin, je clôture cet édito en remerciant toute l'équipe organisatrice

du SANI, qui s'est démené pour vous faire vivre ces deux jours de découverte de la santé publique et de grands moments de convivialité.

Je vous souhaite une bonne lecture et un excellent séminaire !

Sixtine de Lafforest

PRÉSENTATION DU BUREAU



Sur la photo, de gauche à droite: Laure-Marine Houel, Cécile Longchamps, Magali Koczorowski, Alice Vabre, Sixtine de Lafforest, Tifenn Clabaut, Laura Arles, Vincent Max, Maxime Ramsay, Marie-France Malcher et David Peyre-Costa

- **Présidente** : Sixtine de Lafforest, ISP en 5ème semestre à Tours
- **Vice-Président** : David Peyre-Costa, ISP en 2ème semestre à Montpellier-Nîmes
- **Secrétaire-général** : Vincent Max, ISP en 4ème semestre à Toulouse
- **Vice-secrétaire déléguée aux affaires nationales** : Laure-Marine Houel, ISP en 8ème semestre à Caen
- **Vice-secrétaire chargé de l'évènementiel** : Maxime Ramsay, ISP en 2ème semestre à Nancy
- **Trésorière** : Laura Arles, ISP en 2ème semestre à Bordeaux
- **Chargée de relation avec les représentants de subdivision** : Cécile Longchamps, ISP en 4ème semestre à Paris
- **Webmaster** : Lionel Moulis, ISP en 4ème semestre à Montpellier-Nîmes
- **Chargée de communication** : Marie Ansoborlo, ISP en 4ème semestre à Tours
- **Rédacteur en chef du bulletin** : -
- **Chargée de relation avec EuroNet MRPH** : Alice Vabre, ISP en 2ème semestre à Dijon

RETOUR SUR LE CLISPRO ET LE CAISP 2019



Dimanche 31 août, 14h00, quelques internes restant à la suite de la première réunion du collège, se sont retrouvés aux Buttes Chaumont pour un moment convivial et reposant... Vous avez dit reposant ? Pas tout à fait, car, un atelier de travail de réflexion intense en équipe était au programme. Le but, écrire notre fameux article de retour sur le CLISPro.

Nous avons utilisé deux outils d'intelligence collective que vous pourrez retrouver dans l'encadré.

Pour raviver notre mémoire, nous avons commencé par la technique de l'échelle de temps par équipe. Nous avons ensuite mis en commun les échelles. La dernière étape consistait à faire un méta-plan tout simplement en rangeant les idées collectées dans des grands sous-thèmes du CLISPro.

Je peux donc vous présenter le CLISPro résultant de ce travail collectif, utilisant des outils du management participatif (nouveau mode de management)

THÈME ET CONTENU,

Le programme des deux journées proposait des plénières, des ateliers, une table ronde, ainsi que de nombreux échanges entre participants et intervenants.

Le thème a été très apprécié car inhabituel pour des étudiants en médecine. Nous avons, en tant que professionnels de santé, et futurs managers, beaucoup à apprendre sur le management. Ce séminaire a pu développer un peu plus nos connaissances dans ce domaine. Il ne reste plus qu'à le mettre en pratique pour en acquérir les compétences.

Nous avons retenu quelques idées clés et en vrac :

« Évolution du management avec l'apport des sciences et en parallèle de l'évolution sociétal »

« L'impact du management sur la santé, via la qualité de vie au travail »

« Mieux se connaître pour mieux manager »

« Le manager doit fixer les règles dès le début »

Les ateliers, en petit comité, sont toujours très appréciés. Nous retenons par exemple l'atelier « oser communiquer » qui proposait d'utiliser la méthode DESC (Décrire, Exprimer, Solutions, Conséquences) dans une mise en situation où un employé fait un feedback à son patron sur une situation inconfortable pour lui en réunion.

Dans un autre atelier, les internes apprenaient à faire du mind-mapping, outil faisant parti des techniques de management participatif. Cet outil permet de collecter

L'échelle de temps

C'est une technique utilisée en pédagogie. Elle permet de voir les points retenus par son public et ceux qui auraient moins marqué les esprits.

Déroulé :

Les participants reçoivent des post-it.

Ils réfléchissent à quelques idées sur la formation, l'événement, le cours... .

Puis les participants placent leurs post-it sur l'échelle de temps (projeté au tableau, sur Paper board, ..)

Demander aux participants d'expliquer chaque post-it ou de commenter l'échelle de temps en entier.

L'animateur peut relire l'échelle de temps, et en profiter pour réexpliquer les points forts oubliés.



Le méta-plan

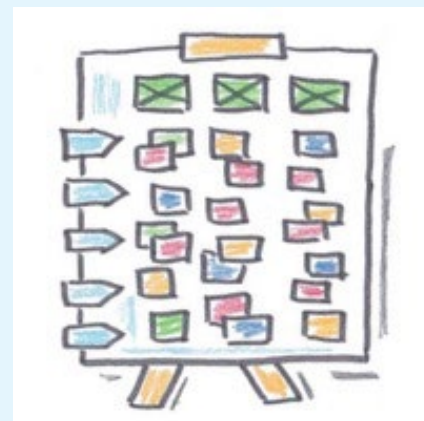
Résumé ; La méthode des post-it OU Méta-plan permet d'aborder un sujet de façon ludique et exhaustive.

Marche à suivre :

Inscrire la question ou la problématique au tableau,

Distribuer post-it et gros feutres puis inviter les participants à répondre avec une seule idée, par une phrase courte exprimant une idée clé (qui soit explicite sans nécessiter de commentaire).

Afficher les post-it et les classer par catégories de réponse. On peut regrouper, commenter, déplacer les papiers des uns et des autres.



Les papiers peuvent être regroupés par thématiques, qui seront traitées en suite séparément, ou en petits groupes.

des idées puis de les organiser en grandes catégories et plusieurs sous catégories en fonction du projet. Nous vous invitons à tester la mind-map pour votre prochain projet !

UN ÉVÉNEMENT CRÉANT DU LIEN ENTRE LES INTERNES :

Durant ces quelques jours, il y a eu des échanges stimulants entre les internes, et nous pouvions constater des « salles chauffées par des cerveaux en action » (ou par la canicule !). Les ateliers permettaient de renforcer le travail de groupe.

L'ORGANISATION :

« Une organisation prenante, pour un résultat espéré satisfaisant », l'équipe d'organisation avait fait appel à des intervenants variés et professionnels du management pour une vision globale du sujet. En bonus on retient la qualité de l'auberge, des déjeuners au soleil, avec des menus variés et équilibrés.

LE PROGRAMME SOCIAL

La visite culturelle, « street art » à Montmartre était originale ! Bien que l'on puisse regretter que peu d'internes y aient participé, celle-ci a été appréciée des participants. La soirée s'est poursuivie dans un bar, servant un délicieux planteur.



LE CAISP

Ce congrès consacré annuellement aux ISP a été un succès pour le nombre de présentations, moins par son public réduit. Les projets présentés étaient variés et, nous avons constaté un nombre important de nouveaux internes présentant leur projet, prouvant la motivation de la nouvelle génération !

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

C'est un moment important de la vie associative, avec un temps de retour sur l'année, les dossiers en cours, les projets accomplis... Nous avons aimé le moment de présentation des candidats pour le prochain mandat. Enfin, il y a eu l'élection du nouveau bureau (vous trouverez sa présentation dans ce bulletin). Vous trouverez dans les prochaines pages les articles présentés au CAISP 2019.

Les cinq premiers articles composent la catégorie "ainés", c'est à dire celle des internes ayant leur première année d'internat de révolu, les deux derniers composent la catégorie "jeunes", c'est à dire celle des internes étant encore dans leur première année d'internat.

Le vainqueur pour la catégorie "ainés" fût Raphaël Simon, ISP à Lyon et celui pour la catégorie "jeunes" fût Yves Gallien, ISP à Paris.

Encore bravo à eux pour leur victoire, mais également aux autres pour leur participation. Il faut du cran pour se lancer!

Cela vous permettra d'avoir un peu aperçu de ce qui peut être fait dans notre spécialité, et pourquoi pas, vous donner envie de candidater pour le CAISP de l'an prochain

TRAJECTOIRES D'OBSERVANCE DE L'HORMONOTHÉRAPIE ADJUVANTE

Trajectoires d'observance de l'hormonothérapie adjuvante du cancer du sein : une étude en population générale exhaustive

INTRODUCTION

L'hormonothérapie adjuvante (HA) du cancer du sein (CS) a montré son efficacité pour réduire le risque de récurrence et la mortalité chez les patientes ayant un CS hormonosensible. Toutefois, l'observance de ce traitement est souvent suboptimale et de nombreuses patientes l'arrêtent avant les 5 ans recommandés. Les objectifs étaient de décrire les trajectoires d'observance de l'HA et d'analyser les facteurs associés à ces trajectoires.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

A partir de la cohorte cancer de l'Inca, extraction du SNDS contenant les données de consommation de soin et d'hospitalisations pour tout cancer diagnostiqué après 2010, nous avons inclus toutes les patientes ayant eu un CS non métastatique en 2011, opérées et ayant débutées une HA. Les consommations d'HA furent recueillies sur 5 ans pour calculer la proportion de jours couverts (PDC) par le médicament à chaque mois. Ces PDC furent utilisés pour modé-

liser l'observance en Group-Based Trajectory Modelling (GBTM). Les facteurs associés aux trajectoires furent analysés par des modèles de régression logistiques.

RÉSULTATS

33 260 patientes furent incluses. Un modèle à 5 trajectoires fut sélectionné : 1) inobservance d'emblée (6,8%), 2) inobservance rapide (6,5%), 3) inobservance progressive (6,4%), 4) inobservance la dernière année (11%), 5) observance optimale (69,2%). Les facteurs associés à l'inobservance étaient le type d'HA (Tamoxifène), les âges extrêmes, le type d'exercice, être salarié indépendant ou à la CMU.

CONCLUSION

Environ 70% des femmes traitées par HA ont une observance optimale durant 5 ans. Le GBTM permet une étude longitudinale de l'observance médicamenteuse et de ses déterminants.

Grégory Lailier, ISP à Paris

A LA RECHERCHE DU MODÈLE PERDU

INTRODUCTION

Le but de ce travail consiste à rechercher s'il est possible « d'améliorer » les résultats d'une étude en utilisant des méthodologies potentiellement non adaptées.

Cela nous permettra d'appréhender les risques d'une analyse statistique non rigoureuse lors d'un travail de recherche scientifique et d'apercevoir les limites des études épidémiologiques.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons repris les données d'une étude déjà terminée, dans laquelle les analyses statistiques ont été réalisées avec des méthodes bayésiennes. Le but de cette étude était de rechercher les facteurs de risque de survenue d'une fibrillation atriale post-opératoire suivant la réalisation d'un pontage coronarien.

Nous avons tout d'abord réalisé une analyse classique respectant la méthodologie la plus adaptée, puis dans un second temps nous avons « torturé » les données pour essayer d'analyser l'influence d'analyses statistiques non adaptées sur nos résultats.

RÉSULTATS

Nous avons vu qu'il est aisé de modifier nos conclusions par des choix arbitraires mais cohérents, même si la cohérence est apportée après les analyses. De même, il est possible de mettre en avant une relation statistiquement significative entre une variable quelconque et la variable d'intérêt par des méthodes plus ou moins douteuses telles que l'analyse en sous-groupe, les analyses séquentielles ou la dichotomisation arbitraire de variables continues.

CONCLUSION

Il est donc important lors d'une publication scientifique, de d'une part, publier le protocole d'analyse avant l'étude, et d'autre part, de faire preuve de la plus grande transparence possible pour le choix du modèle, pour la façon dont sera considérée chaque variable et pour la réalisation d'analyses de sensibilité.

Thibault FABACHER,
ISP à Strasbourg

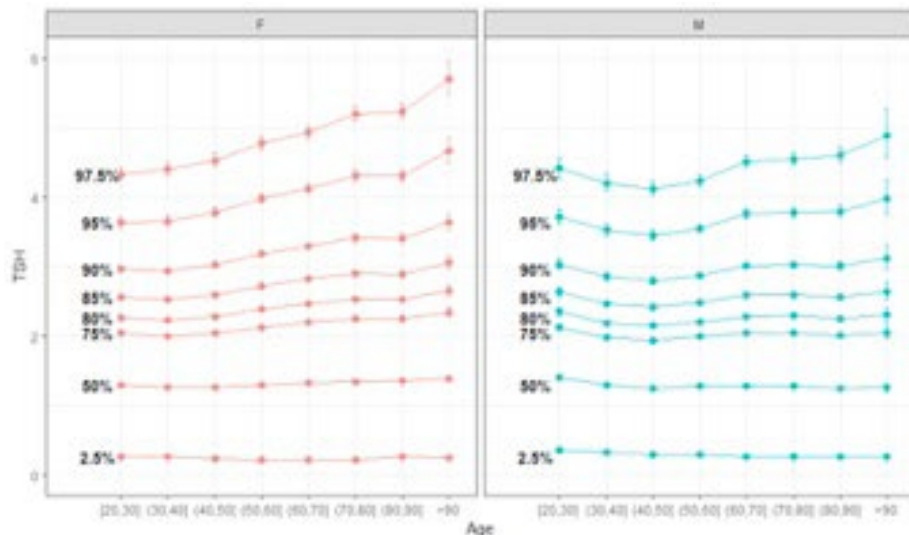
DOSAGE DE TSH AUX HOSPICES CIVILES DE LYON

CAISP 2019

Dosage de TSH aux Hospices Civiles de Lyon : détermination d'intervalles de références par méthode indirecte.

Les prescriptions biologiques de dosage de TSH sont parmi les plus courantes en France. L'objectif du dosage de TSH en lui-même n'étant pas tant diagnostique que pour orienter les prises en charges diagnostiques, trouver quelles sont les valeurs anormales de TSH, hors normes pour orienter les examens complémentaires.

Cette question est essentielle en terme de pertinence des soins. Quelle valeur donner à un dosage de TSH de 3.5 à un homme de 20 ans ? à une femme de 85 ans ? Actuellement, les intervalles de références étant fixés indépendamment de l'âge et du sexe, des examens complémentaires seraient à réaliser pour ces deux patients. Mais est-ce pertinent au vu de l'histoire naturelle de l'évolution de la TSH, qui augmente avec l'âge,



et semble plus élevée chez les femmes ?

C'est pour répondre à cette question et afin de fixer de nouveaux intervalles de références, particulièrement en population gériatrique, qu'une étude a été menée avec l'utilisation de tous les dosages de TSH réalisés au Laboratoire des HCL de 2007 à 2018 (environ 306 000 valeurs de TSH).

L'utilisation d'une méthode indirecte de détermination des intervalles de référence a été utilisée.

Nous verrons lors de cette présentation les avantages et inconvénients de la méthode indirecte par rapport à la méthode directe, ainsi que les réflexions méthodologiques à avoir ainsi que quelques considérations statistiques.

PS : en exclusivité, la figure montrant l'évolution des percentiles de TSH selon l'âge et les sexes

Maxime BONJOUR, ISP à Lyon

VIROLOGICAL AND IMMUNOLOGICAL IMPACT OF INSTI-BASED CART REGIMEN

VIROLOGICAL AND IMMUNOLOGICAL IMPACT OF INSTI-BASED CART REGIMEN INITIATED DURING PRIMARY HIV-1 INFECTION: A FRENCH MULTICENTER OBSERVATIONAL STUDY

BACKGROUND

For patients with primary HIV infection (PHI), current international guidelines suggest a combined antiretroviral therapy (cART) containing a boosted protease inhibitor (PI/r), as the superior efficacy of integrase inhibitor (INSTI) has only been shown at chronic stage. We compared the efficacy of INSTI- versus PI/r-based cART initiated during PHI.

METHODS

This cohort study was conducted among patients initiating cART between 2013 and 2017, using data pulled from 2 multicenter French cohorts. Cumulative proportions of patients reaching viral suppression (HIV-1 RNA < 50 cp/ml) were calculated using Turnbull's interval-censored estimators. CD4 T cells restoration and CD4/CD8 ratio increase were estimated with mixed linear models. Results were adjusted for the cohort.

FINDINGS

Among the 712 patients included in the study, 299 were treated with

an INSTI-based cART. Almost all patients' baseline characteristics were similar between groups. Viral suppression was reached earlier for INSTI-treated patients ($p < 0.001$), with a cumulative proportion of 37% vs 6% at 4 weeks, 77% vs 38% at 12 weeks, 92% vs 79% at 24 weeks and 93% in both groups at 48 weeks. At 4 weeks, INSTI-treated patients had gained on average 40 more CD4 cells/ μl ($p = 0.050$); mean CD4 counts were similar in the 2 groups at 48 weeks. CD4/CD8 ratio followed the same pattern. Results were similar when comparing Dolutegravir- vs Darunavir-based cART.

INTERPRETATION

Using 'real-life' data, we show that INSTI-based cART is the treatment of choice for patients in PHI, leading to earlier viral suppression and faster immune restoration.

FUNDING

ANRS-Primo and Dat'aids group.

Raphaël VEIL, ISP à Paris

LA SIMULATION DANS L'AIDE À LA DÉCISION

La simulation dans l'aide à la décision : estimation du coût d'un parcours de soin article 51 par la méthode TDABC

R. Simon¹, C. Camillo¹, C. Thivolet³, C. Colin^{1,3}, A. Fares^{1,3} 1 : Service d'Évaluation Économique en Santé, Pôle Santé Publique, HCL, Lyon, France 2 : Service d'Endocrinologie-Diabète-Nutrition, HLS, Lyon, France 3 : Université de Lyon, Laboratoire HESPER EA 7425, Lyon, France

INTRODUCTION

Face à l'évolution du financement hospitalier des prises en charge du diabète, la création d'un centre ambulatoire de suivi intégré est envisagée à Lyon. L'expérimentation des poses de pompe à insuline en ambulatoire est prévue (Article 51, LFSS 2018). L'objectif est d'estimer son coût de production pour l'hôpital.

METHODES

Le parcours de soins et sa variabilité ont été modélisés à l'aide d'experts en diabétologie. L'estimation des coûts a été réalisée par micro-costing top-down de type « time-driven activity-based costing » (TDABC) : mesure des ressources consommées par une technique « Time and Motion », puis valorisation monétaire par ventilation des charges comptables par professionnel de santé impliqué dans le parcours. Une simulation probabiliste a permis d'estimer le coût moyen sur une cohorte fictive. Ses paramètres sont issus de méthodes de consensus.

RESULTATS

La mise sous pompe nécessiterait quatre (changement) à cinq (première pose) visites combinant suivi médical, infirmier, diététique, psychologique en consultation et un télésuivi, le tout pendant trois mois. Le coût moyen (minimum-maximum) serait de 648,5€ (503,6 –831,1). Pour une file annuelle de 500 patients, le coût serait de 324 268€.

DISCUSSION

Le coût calculé est précis, mais sous-estimé car limité aux coûts de personnels. La suite de ce travail considèrera l'ensemble des coûts et du parcours des diabétiques 1 et 2, au-delà de la mise sous-pompe à insuline. Cette simulation initiale a aidé les acteurs de terrain à projeter concrètement ce parcours en ambulatoire et le personnel nécessaire. La méthode TDABC est rapide, reproductible, transparente et claire à communiquer.

Raphaël SIMON, ISP à Lyon

LA SANTÉ DES JEUNES DE 6 À 24 ANS DANS L'ARDÈCHE ET LA DRÔME

CONTEXTE ET OBJECTIFS

Depuis 1995, les principaux partenaires de la santé publique de l'Ardèche et la Drôme se sont engagés dans une dynamique d'observation multipartenariale de la santé. Ce partenariat se concrétise par la rédaction de « Tableaux de bord sur la santé », des outils d'aide à la décision et à l'action pour tous les acteurs de santé publique.

MÉTHODE

La réalisation de ce dossier a été conduite entre septembre 2018 et mai 2019. Le comité de suivi compte une douzaine d'organisations dont l'ARS, l'Anpaa, Tempo-Oppelia, le CHS de la Drôme, la Cnam de la Drôme, l'Ireps, la PJJ, les Conseils départementaux de l'Ardèche et de la Drôme, la Ville de Valence et la Mutualité française. En parallèle, d'autres organismes ont été sollicités pour l'obtention de données [académie de Grenoble, région Auvergne-Rhône-Alpes, ville de Romans-sur-Isère...]. Le Dossier est constitué de 20 fiches thématiques.

Une première partie dresse un portrait démographique et socio-économique. Une deuxième partie fait le point sur leur état de santé. Cette partie aborde en premier lieu des concepts tels que les

compétences psychosociales ou la littératie en santé. En second lieu, ce sont les dispositifs de soins, d'offre et de recours qui sont détaillés. Les données de santé générales sont abordées via les hospitalisations, la mortalité et la vaccination. Enfin, en dernier lieu, les problématiques spécifiques des jeunes [addictions, suicide, vie affective et sexuelle, surcharge pondérale, nouvelles technologies ...] sont décrites. Chacune des fiches comprend des indicateurs quantitatifs et des informations qualitatives.

Les données utilisées pour réaliser ce Dossier proviennent principalement des bases de données nationales en santé et des documents édités par les acteurs locaux : rapports d'activité, études, supports de communication, actions... Les principales limites rencontrées proviennent du manque de données à l'échelle départementale et du secret statistique dû à la faiblesse de certains effectifs sur les départements de l'Ardèche et de la Drôme.

CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE

Au 1er janvier 2015, les jeunes âgés de 6 à 24 ans, représentent

20,3 % de la population de l'Ardèche et 22,1 % de la population de la Drôme; ces parts sont inférieures à celles constatées en Auvergne-Rhône-Alpes [23,2 %] ou en France métropolitaine [22,9 %]. Malgré une population vieillissante, l'Ardèche et la Drôme conservent cependant un certain dynamisme démographique, en partie grâce à un solde migratoire positif.

En 2015, 80,9 % des 6-24 ans sont scolarisés en Ardèche contre 80,2 % dans la Drôme. Ces taux de scolarisation sont comparables à ceux relevés en Auvergne-Rhône-Alpes [81,8 %] ou en France métropolitaine [81,7%]. Jusqu'à l'âge de 17 ans, les taux de scolarisation dans l'Ardèche et la Drôme diffèrent peu de ceux observés en région ou en France métropolitaine. À partir de cet âge, nombreux sont les jeunes qui quittent les départements de l'Ardèche et la Drôme pour poursuivre leurs études supérieures. Pour les jeunes âgés de 15 à 24 ans non scolarisés qui restent dans les départements de l'Ardèche et la Drôme, plus de 20 % n'ont aucun diplôme ou au plus le brevet des collèges.

DES DENSITÉS DE LIBÉRAUX PLUS FAIBLES DANS LA DRÔME ET SURTOUT DANS L'ARDÈCHE ; UN RECOURS AUX MÉDECINS LIBÉRAUX PLUS IMPORTANT

Au 1er janvier 2018, la densité de médecins libéraux [généralistes et autres spécialistes] est moindre dans la Drôme et surtout dans l'Ardèche comparés aux taux régionaux et nationaux. Il est relevé 24 médecins [dont 9 généralistes libéraux] pour 10 000 habitants en Ardèche, contre 31 dans la Drôme [dont 9 généralistes libéraux] et 34 en région et au niveau national [dont 9 généralistes libéraux].

Le recours aux médecins généralistes et aux autres professionnels de santé libéraux des habitants de l'Ardèche et de la Drôme est globalement plus important qu'en Auvergne-Rhône-Alpes. Le recours aux dentistes pour les 5-24 ans est particulièrement élevé dans ces départements et la participation au programme M'T dents est plus importante en Ardèche et équivalente dans la Drôme à celle de la région. Le taux de recours aux pédiatres est plus faible que le taux régional.

DES TAUX DE MORTALITÉ PAR ACCIDENTS ÉLEVÉS

Les principales causes de décès des 5-14 ans sont les tumeurs et les accidents; pour les 15-24 ans, les principales causes de décès sont les morts violentes [accidents de la circulation et de la vie courante, suicides]. Il est à noter que les décès restent faibles en effectif

sur les 2 départements et que les statistiques de mortalité sont à interpréter avec précaution.

UNE COUVERTURE VACCINALE INSUFFISANTE

La couverture vaccinale DTPcoq-Hib est proche de l'objectif des 95 % dans l'Ardèche et la Drôme. La couverture vaccinale est insuffisante pour le ROR, l'hépatite B et le pneumocoque, voire très insuffisante pour le papillomavirus et le méningocoque C, conduisant ainsi à des épisodes réguliers de rougeole et d'infection invasive à méningocoque C. Cette couverture vaccinale devrait s'améliorer du fait de l'obligation de vaccination contre 11 infections pour tous les enfants nés à partir du 1er janvier 2018.

SURCHARGE PONDÉRAL ET TROUBLES DE LA VISION

La part d'enfants avec une surcharge pondérale ou des troubles de la vision dans l'Ardèche et la Drôme en 2014-2015 est plus basse que les chiffres de l'académie de Grenoble et que les niveaux nationaux.

UN RECOURS À LA CONTRACEPTION ET AUX IVG PLUS IMPORTANT QU'AU NIVEAU DE LA RÉGION

Concernant les contraceptifs oraux, le taux de femmes de 15-24 ans ayant bénéficié d'un remboursement est plus élevé dans l'Ardèche que dans la Drôme ou

la région. Concernant les IVG, le taux de recours est plus important dans l'Ardèche que dans la Drôme, les deux étant au-dessus de la moyenne régionale. La part des mineures est deux fois plus élevée dans la Drôme [4,9 %] que dans l'Ardèche [2,6 %].

UN TAUX RÉGIONAL DE MORTALITÉ PAR SUICIDE INFÉRIEUR AU TAUX NATIONAL ; DES TAUX D'HOSPITALISATION POUR TENTATIVE DE SUICIDE SUPÉRIEURS À CEUX DE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Le suicide est la deuxième cause de décès chez les 15-24 ans, après les accidents de la circulation. Les faibles effectifs départementaux ne permettent pas de calculer les taux de mortalité à cette échelle. Au niveau régional, le taux de mortalité par suicide des 15-24 ans en 2013-2015 est plus bas [3,8 pour 100 000] qu'au niveau national [5,1 pour 100 000]. Les taux d'hospitalisation MCO des 10-24 ans pour 100 000 jeunes en 2015-2017 pour tentative de suicide de l'Ardèche [164] et de la Drôme [192] sont supérieurs à ceux de la région [148]. Ces taux diminuent ces dernières années.

DES CONSOMMATIONS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES PLUS IMPORTANTES QU'AU NIVEAU NATIONAL

L'extraction régionale de l'enquête ESCAPAD 2017 montre une expérimentation de plusieurs subs-

tances psychoactives à 17 ans plus importante en région Auvergne-Rhône-Alpes qu'en France métropolitaine. Cela concerne le tabac, l'alcool et le cannabis. L'usage quotidien de tabac, les alcoolisations ponctuelles importantes et l'usage régulier de cannabis sont également plus importants dans la région qu'au niveau national.

LES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION TOUCHENT DAVANTAGE LES JEUNES

Le nombre de blessés hospitalisés et de morts sur les routes est en constante diminution depuis le début des années 2000, tant au niveau national que régional et départemental. En 2013-2017, les taux de mortalité des 18-24 ans par accident de la circulation de l'Ardèche et la Drôme sont supérieurs aux taux régionaux ou nationaux.

DE NOMBREUSES STRUCTURES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOIN

Malgré une moindre présence des jeunes dans l'Ardèche et la Drôme, de très nombreuses structures aident les jeunes tant en accompagnement qu'en soins. Ces structures appartiennent à des domaines variés tels que la vie affective et sexuelle [3 lieux rattachés à des Cegidd, 29 CPEF, Pass'Région avec les coupons Dépistage-Prévention], la santé mentale [une vingtaine CMP enfants, une vingtaine de CM P adultes et 8 CMPP, les addictions [une vingtaine CSAPA dont 9 proposant une Consultation jeunes consommateurs], la précarité [10 PASS et 3 EMPP]. Concernant l'accompagnement, la Maison des Adolescents [MDA], les 7 Points accueil-écoute jeunes [PAEJ] et les Missions locales réparties en 68 lieux d'accueil sont les structures d'aide pour les jeunes en difficulté psychosociale.

CONCLUSION

Ce dossier thématique est le premier consacré à la santé des jeunes dans l'Ardèche et la Drôme. Inscrit en parfaite cohérence avec les stratégies politiques actuelles, notamment le Projet régional de santé [PRS 2018-2028] et ses huit priorités jeunes, ce dossier interroge sur certains sujets, en omet d'autres, invitant à mieux les documenter: précarité, jeunes en situation de handicap, violences, sexualité. Des entretiens avec des jeunes sur les territoires et/ou des professionnels de santé ou accompagnants seraient désormais précieux pour objectiver les données quantitatives.

Sander DE SOUZA,
ISP à Lyon

TENDANCE DANS LES PASSAGES AUX URGENCES EN FRANCE POUR INTOXICATION

Tendance dans les passages aux urgences en France pour intoxication aux opioïdes entre 2010 et 2018

INTRODUCTION

Aux Etats-Unis, les intoxications aux opioïdes (IAO) représentent la première cause de mortalité évitable, tuant 137 personnes/jour. Les passages aux urgences ont quadruplé sur la période 1993-2010. En France, aucune donnée n'est disponible sur le recours aux urgences pour IAO. Cette étude a pour objectifs de donner un état des lieux du recours aux urgences pour IAO et d'évaluer la faisabilité d'un système de surveillance des IAO.

MÉTHODES

Le réseau OSCOUR® piloté par Santé Publique France couvre 93,2% des passages aux urgences/jour soit 56400 passages en 2018. Il recueille des données démographiques, cliniques et administratives pour chaque passage. Les codes CIM10 correspondant aux IAO ont été utilisés pour identifier et décrire les caractéristiques des patients. Une description puis une analyse des taux de passages par année ont été réalisées entre 2010 et 2018.



RÉSULTATS

33 264 passages pour IAO (35,0/100 000 passages) et 15 470 hospitalisations (78,4/100 000 hospitalisations) ont été observés. Les taux les plus élevés ont été retrouvés chez les hommes, les 18-34 ans et dans 4 régions (Bretagne, Réunion, Grand Est, Hauts-De-France). Après ajustement, une diminution moyenne de 2,4% du taux de passage par an a été observée malgré une augmentation des effectifs (1 090 vs 5 335 ; 2010 vs 2018).

CONCLUSION

Il s'agit de la première étude française basée sur une analyse des taux de passages aux urgences pour IAO. La réactivité des données du réseau OSCOUR® représente une opportunité pour la surveillance des IAO.

Yves GALLIEN,
ISP à Paris

RETOUR SUR L'UNIVERSITÉ D'ÉTÉ DE BESANÇON - DU 30 JUIN AU 4 JUILLET



La 16ème édition de l'Université d'été Francophone en Santé Publique s'est tenue du 30 Juin au 4 Juillet à Besançon. Au programme : débats et modules d'enseignement aux thématiques variées sans oublier la soirée festive du mercredi, et la découverte de la ville de Besançon.

L'Université d'été est un lieu d'apprentissage mais également le lieu de rencontres avec des participants venus d'horizons divers animés d'une volonté commune d'en savoir plus sur la Promotion de la Santé.

Le programme laissait déjà présager une semaine riche en échanges avec l'objectif "d'unir les compétences, les volontés, les expériences pour construire ensemble

des réponses à des problématiques d'actualité" en gardant la Promotion de la Santé comme fil conducteur.

Parmi tous les modules proposés, nous devons (hélas) n'en choisir qu'un pour toute la semaine, voici un retour sur l'un d'eux :



MODULE CPS :

Les compétences psychosociales (souvent appelées CPS pour les habitués) sont « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement » (OMS, 1993).

Abordées très largement en Promotion de la Santé durant ces dernières années, les perspectives possibles à travers leur développement et leur application sont intéressantes et interpellent.

C'est donc avec motivation et l'envie d'en apprendre plus que j'ai suivi le module « Développement des compétences psycho-sociales et parcours de vie : vers une démarche globale en promotion de la santé ».

La semaine s'est organisée de la façon suivante : chaque jour a été consacré à une thématique avec entre autres la définition du concept des CPS, et l'application des CPS à un public en particulier : les adultes, les adolescents et la petite enfance/enfance. Tout cela avec la participation d'intervenants de milieux variés qui ont pu partager avec nous les résultats de leur recherche et leur expérience professionnelle à ce sujet.

Des séances d'application d'activités et de mise en situation ont été également intégrées entre ces temps de présentation, ce qui a permis une interactivité, des échanges très enrichissants ainsi qu'une réflexion sur comment concevoir un programme développant les CPS et comment utiliser des techniques d'animation en Promotion de la Santé.

Par Alice Vabre, ISP à Dijon, 2ème semestre.

MODULE TERRIT « PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ »

Module territ « projets territoriaux de santé : de la stratégie à la mise en œuvre »

Ce module avait pour objectif de nous faire aborder des problématiques de santé complexes à l'échelle de territoires, et d'identifier les dispositifs et acteurs locaux mobilisables afin de construire un projet territorial de santé (PTS), répondant à celles-ci, en partant des priorités communes de chacun.

Le projet territorial de santé, qui se décline désormais en Contrat local de Santé (CLS), Conseil local de Santé mentale (CLSM), Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) est initialement voué à être un dispositif facultatif, à démarche participative ascendante (partant des habitants et pour eux), sans définition juridique stricto sensu et obligation pour un territoire d'en disposer d'un.

« Respecter l'approche ascendante dans l'élaboration d'un PTS, l'imposition de prérogatives d'Etat répond à d'autres logiques ... ».

Le déroulé de la semaine, après s'être présenté les uns les autres, avoir eu un bref rappel historique des enjeux de territorialisation en santé publique, s'articulait autour du fil méthodologique d'élaboration d'un projet territorial de santé.

Partir d'un diagnostic partagé entre partenaires d'un territoire afin de proposer des solutions adaptées aux habitants.

« Le PTS n'est pas la somme de priorités de partenaires, c'est une reformulation collective sur un diagnostic partagé »

Pour cela, nous avons pu profiter de l'intervention et retour d'expérience de nombreux professionnels, notamment David Muller (Institut Renaudot), qui nous a présenté sa grille méthodologique, sorte de check-list afin de ne rien oublier ainsi que certains outils d'animation bien utiles ! Aussi, l'intervention d'une élue a pu nous permettre de confronter un autre regard sur ces questions.

« Penser son problème, en problème de l'autre pour l'amener à réfléchir sur la problématique qui nous intéresse »

Ce fut également l'occasion de revenir aux concepts clés de la promotion de la santé, notamment l'élaboration des axes et des actions du PTS dans une démarche d'universalisme proportionnée, c'est-à-dire tenant compte des inégalités sociales de santé pour les réduire ou du moins ne pas les aggraver... En pratique, en France, on a beaucoup recours à



des dispositifs d'exception (comme les approches par Quartiers Politiques de la Ville, le PRAPS) qui ne permettent pas d'envisager les problématiques et les solutions globalement pour tous, de façon proportionnée mais fixant des actions ciblées, sur un groupe socialement moins avantagé au risque d'en oublier des problématiques plus générales, qui le touche également.

Enfin, après avoir abordé les critères et la méthodologie d'évaluation d'un PTS (eh oui, un point crucial à ne pas oublier !), nous avons restitué notre module à l'ensemble des participants de l'université, dans une magnifique « danse des acronymes » !

Par Romuald Cruchet, ISP à Lyon, 5ème semestre

MODULE LITT : LITTÉRATIE EN SANTÉ

Avez-vous déjà entendu parler de littératie ? Et plus particulièrement de littératie en santé ? Ce concept fait de plus en plus parler de lui et ce module avait donc pour but de nous y initier. Nous avons commencé par donner par groupe notre définition de la littératie en santé, et nous n'étions pas loin de la réponse complète :

Capacité des individus à repérer, comprendre, évaluer, et utiliser des informations utiles pour pouvoir fonctionner dans le domaine de la santé et agir en faveur de leur santé.

Chaque individu a un niveau différent de littératie, mais un même individu peut également avoir un niveau différent selon la situation, comme par exemple en cas de stress ou de fatigue. Prendre en compte le niveau de littératie de la population dans les actions de

santé publique permet de réduire les inégalités de santé.

Une fois ce cadre posé, nous avons travaillé en petits groupes sur différents supports (prospectus, vidéos ...) afin de déterminer leurs points positifs et négatifs d'un point de vue de la littératie et comment les améliorer. Nous sommes également allés visiter le CHU de Besançon en se mettant dans la peau d'un patient pour tester l'ambiance et la signalisation de l'hôpital. Car il ne suffit pas de mettre des affiches lisibles pour augmenter la littératie, mais c'est tout le cadre qui doit être réfléchi ! Pour aller encore plus loin, nous avons fait un jeu de rôle pour nous sensibiliser au poids des mots et comment adapter notre discours à l'oral. C'était l'exercice le plus difficile, mais comme toujours il s'est déroulé en petits groupes et dans la bonne humeur.

Après cette semaine de formation, tout notre groupe s'est accordé sur une chose : impossible de faire marche arrière, désormais nous allons voir notre environnement au travers des « lunettes de la littératie en santé » !

**Par Magali Koczorowski,
ISP à Dijon, 6ème semestre**

Vous trouverez le guide via ce lien : <https://www.cnsa.fr/le-guide-communiquer-pour-tous>

Ruel J, Allaire C, Moreau AC, Kassi B, Brumagne A, Delamplé A, Grisard C, Pinto da Silva F. Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018 : 116 p.

L'ENGAGEMENT DES INTERNES DANS LA RÉSERVE SANITAIRE

INTRODUCTION

Créée en 2007 dans les suites de l'épidémie de chikungunya à la Réunion (2005-2006), la réserve sanitaire a d'abord été associée à l'établissement pharmaceutique - en charge de la gestion du stock stratégique de médicaments et produits de santé - au sein de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

En 2016, l'EPRUS fusionne avec l'InVS et l'Inpes pour former Santé Publique France. La réserve sanitaire est alors dirigée par Clara de Bort. Cette dernière, rappelez-vous, était venue nous parler de la communication d'engagement lors du dernier CliSPro.

Sa présentation, très claire, a néanmoins laissé en suspens une question : s'engager dans la réserve en tant qu'interne de santé publique. Oui, mais pour y faire quoi ?

Pour s'y former, d'abord.

L'engagement dans la réserve sanitaire donne accès à un catalogue



de formations gratuites et variées : la journée d'information zonale, des formations e-learning et des formations en présentiel tel que « l'exercice terrain ».

L'exercice terrain dure une semaine. La formation a pour objectif l'apprentissage du « métier de réserviste » et aborde les aspects théoriques et pratiques des communications et de la sécurité en mission, de la vie en collectivité, du montage, de l'organisation et du fonctionnement d'un camp, de la gestion de sa fatigue ou encore de la prise en compte des aspects transculturels en mission à l'étranger.

L'expérience, riche mais éprouvante, permet de rencontrer des professionnels de santé aux profils variés venant de toute la France.

Jalal Charron

Je m'appelle Sonia Molho, j'ai fini mon internat à Paris il y a 1 an maintenant. Je m'intéresse particulièrement aux domaines de la promotion de la santé et de la santé globale. Après un parcours plutôt varié, Je vais prochainement prendre un poste au CESP en promotion de la santé.

A la suite de mon internat, après avoir soutenue ma thèse, je ne souhaitais pas trouver un poste fixe d'emblée. J'ai donc décidé, entre autre, de m'engager dans la réserve sanitaire. La démarche est plutôt simple et se fait directement sur internet (www.reservesanitaire.fr). On peut être encore interne, salarié ou sans employeur comme c'était mon cas. Les missions demandant spécifiquement des compétences en santé publique concernent plutôt le domaine de l'épidémiologie de terrain lors de situations exceptionnelles comme lors de l'ouragan Irma en 2017 par exemple. On est mis au courant des missions en recevant une alerte par mail. Il faut alors remplir le formulaire joint qui renseigne sur nos disponibilités, compétences et motivations pour la mission. Il faut savoir qu'en règle générale les missions sont de courte durée, en France ou à l'étranger, le plus souvent en outre-mer et demandent d'être disponible rapidement.

La mission à laquelle j'ai participé a consisté à apporter un renfort à



l'ARS Centre Val-de-Loire devant l'accélération du nombre de cas de rougeole faisant craindre une épidémie de grande ampleur. Il s'agissait d'apporter un appui méthodologique et technique pour la conception et la mise en oeuvre d'une campagne de vaccination exceptionnelle contre la rougeole auprès de gens du voyage lors d'un rassemblement religieux. J'ai pris le relais d'un premier réserviste et j'ai travaillé 1 mois, avant et pendant le rassemblement religieux, avec l'équipe de l'ARS dédiée à cette campagne de vaccination sur la logistique, la mise en oeuvre et le premier bilan. De plus, être réserviste impose de faire des rapports réguliers à l'équipe de Santé publique France concernant

le déroulement et la pertinence de la mission. Il faut également solliciter pour l'aspect logistique de la mission mais pouvoir être assez autonome puisque l'équipe est réduite et gère souvent plusieurs missions en même temps.

Sonia Mohlo

MAIS LA RÉSERVE, C'EST AUSSI :

Pour les professionnels mobilisés, c'est l'opportunité de se confronter à d'autres environnements, d'enrichir leurs expériences et de s'engager au service de la protection des populations dans un autre cadre.

Elles permettent aussi aux réservistes d'exercer leurs métiers dans d'autres cadres pluri professionnels et de prendre en charge des publics différents. L'engagement dans la Réserve sanitaire renforce l'autonomie, la rigueur, la créativité et le sens du collectif.

Aujourd'hui, Catherine Lemorton, nouvelle responsable de la réserve sanitaire, et toute son équipe se tiennent à votre disposition pour nous apporter plus d'informations.»

La réserve sanitaire



EURONET MRPH : RETOUR SUR LE MEETING DE VIENNE



Une nouvelle promotion d'internes de Santé Publique vient compléter nos effectifs alors que ce bulletin est publié. A ce titre, il paraît judicieux de présenter – ou faire un rappel pour certains – ce qu'est EuroNet MRPH.

Le CliSP est l'association nationale des internes de Santé Publique en France, EuroNet est un réseau qui tend à rapprocher les différentes associations nationales à l'échelle européenne. Ce projet commun rassemble des internes italiens, slovènes, espagnols, néerlandais, anglais, croates, français et bien plus encore. En raison du statut de l'association, un interne adhérent

au CliSP devient automatiquement un membre d'EuroNet et est ainsi invité à tous les événements organisés par l'association européenne.

Notre internat tire une grande partie de sa force dans les réseaux et la pluralité des formations. L'une des missions d'EuroNet est de porter ces intérêts à un niveau européen en favorisant les rencontres entre des internes venant des quatre coins d'Europe et en proposant un regard transversal sur toutes les thématiques de Santé Publique.

EuroNet est une association assez jeune, créée en 2011, qui ne de-

mande qu'à grandir et qui continue de se redéfinir afin de trouver les meilleures façons de créer des ponts entre les internes. Pour ce faire, l'association européenne développe son activité sur plusieurs fronts allant de la recherche à la formation en passant par les stages à l'étranger :

- **Recherche** Une dizaine d'équipes d'internes travaillent actuellement sur des projets plus ambitieux les uns que les autres en termes d'études et de recherches sur des sujets tels que la qualité des internats à travers l'Europe, l'employabilité post-internat mais aussi la ci-

garett électronique ou encore les conflits d'intérêt dans la recherche et bien d'autres.

- **Stages à l'étranger** L'autre mission phare d'EuroNet, en parallèle de la recherche, consiste à favoriser la mise en place d'échanges européens et de stages à l'étranger pour les internes de Santé Publique. Des terrains de stages sont actuellement ouverts dans les différents champs de la Santé Publique, notamment au Royaume Uni, en Espagne, au Portugal ou encore en Italie, et d'autres sont à venir.
- **Meetings** : Toutes ces activités sont centralisées sur des meetings, au nombre de trois par an, qui ont lieu à travers l'Europe. Durant quelques jours, des internes de toute l'Europe se réunissent, se forment, travaillent ensemble, créent du réseau tout en profitant de l'aspect social de l'évènement et d'une nouvelle culture.

Pour illustrer cela, quoi de mieux que de vous parler du Summer Meeting qui s'est déroulé du 25 au 27 juillet à Vienne en Autriche, sur la thématique des communautés vulnérables. Accueillis par l'unique interne de Santé Publique d'Autriche qui a organisé ce meeting avec brio, c'est sous la canicule que les professeurs de l'Université de Médecine de Vienne nous expliquent l'histoire de l'internat de Santé Publique et sa situation si particulière en Europe.

Après un accueil assez formel, la conférence d'ouverture est tenue par le Professeur Thomas Dorner. Il vient tacler la question des interventions de santé publique chez les personnes âgées afin de mettre en lumière les questions particulières qui peuvent être liées à cette population. Il conclut sur une recherche conduite à Vienne sur la corrélation entre l'accompagnement des personnes âgées par une tierce personne dans leur entretien physique et nutritionnel et l'amélioration de leur qualité de vie.

La seconde moitié de l'après-midi consiste en une brève présentation des différents working-groups associés aux axes de travail majeurs de l'association – à savoir la recherche, les stages à l'étranger et la communication – avant de nous répartir dans ces différents groupes de travail. L'objectif de ces workshops est de tracer le plan de travail des mois à venir avant le prochain meeting dans ces différents domaines.

La journée se conclut par une soirée d'accueil au sein du Centre de Santé Publique de Vienne qui permet à tous les nouveaux venus de faire des rencontres et aux habitués de se retrouver.

La deuxième journée s'ouvre avec une conférence tenue par le Dr Elena Jirovsky, anthropologue médical. Elle nous a présenté les résultats de sa thèse sur les mutilations génitales féminines à travers les problématiques majeures et comment les adresser – notamment

vis-à-vis des femmes migrantes en Europe.

S'en est suivie une autre conférence, présentée par le Dr Claudia Fischer, économiste de la santé, sur la mesure de la qualité des soins en milieu hospitalier. La présentation, ponctuée de plusieurs exercices proposés aux internes, s'est révélée très didactique, et a permis de pousser la réflexion sur les limites des indicateurs de qualité.

Après un déjeuner dans les locaux du Centre de Santé Publique, la quatrième conférence du meeting ouvre l'après-midi avec une réflexion sur les études de coût-efficacité et leur utilisation dans la santé mentale. Agata Laszewska, doctorante en économie de la santé, met en exergue les limites de ces études face à la complexité de la prise en charge des patients en santé mentale et propose des pistes alternatives et modernes.

La dernière conférence de la journée est tenue par M. Daniel Schönherr, sociologue, qui vient nous présenter les résultats de deux études sur les expériences de discriminations basées sur l'orientation sexuelle ou d'autres motifs en Autriche.

Pour la fin de la journée, les membres des commissions nationales se réunissent pour discuter plus en détail des projets de partenariat entre EuroNet et les associations nationales, tandis que le reste des participants se rassemblent

autour de leurs pairs venus présenter les résultats de leurs travaux.

La soirée se prolongera dans un brasserie traditionnelle autrichienne autour d'une bière brassée localement et d'une escalope panée avant d'entamer une visite nocturne du cœur historique de la ville où nous avons pu voir le Palais des Habsbourg, le Rathaus ou encore la magnifique mairie de Vienne.

L'assemblée générale de l'association tient place le dernier jour, suivi d'un déjeuner qui précède une discussion ouverte sur les projets et propositions pour l'association avec tous les internes.

Au décours de cette assemblée, plusieurs opportunités de

rencontres et de conférences européennes sont proposées à l'ensemble des internes de Santé Publique avec notamment le European Health Forum Gastein (EHFG) et des conférences autour de R. Pour plus de détails, reportez-vous à la section qui présente ces différents rendez-vous.

Le prochain meeting se tiendra à Utrecht aux Pays-Bas les 5, 6 et 7 Décembre 2019. A cette occasion le nouveau bureau sera élu. On vous y attend nombreux !

Et à la suite de cet article, tu trouveras une interview de Michelle, interne néerlandaise et co-organisatrice du meeting en question.

Si tu es intéressé(e) pour y participer ou pour plus d'informations sur



EuroNet MRPH, son histoire et ses projets, n'hésite pas à aller consulter le site internet : <http://euronet-mrph.org/> ou à écrire à l'équipe française EuroNet à euronetmrphfrance@gmail.com

**Romain Lafitte, ISP à Caen,
2ème semestre pour l'équipe
française d'EuroNet MRPH**

EUROPE – RESIDENCY IN PUBLIC HEALTH IN THE NETHERLANDS- INTERVIEW

Thank you Michelle for having accepted to answer to our questions for this interview.

YOU ARE CURRENTLY A RESIDENT IN PUBLIC HEALTH IN UTRECHT IN THE NETHERLANDS.

Could you tell us more about the residency in Public Health there (organization, duration, internships)?

The residency program is open to those who have completed six years of medical school. After these six years, graduates usually start working in a field they are interested in, most often employed by a municipal health service (GGD) or they try to directly apply for the residency. To be admitted to the program, the prospective residents will be interviewed about their motivations.

From 2019, residents in society & health are employed by a national organization instead of working for an employer. This will lead to more independence for prospective residents; they will no longer have to depend on their employer to be able to start their residency, which was the case before. This new training program will allow much more room for rotations as well. The new

program is still in development and undergoing changes.

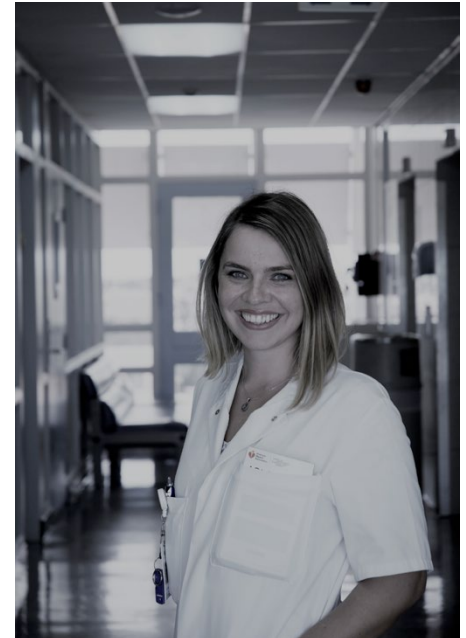
Duration of training and division into profiles.

In the Netherlands the field of public health is divided into three branches with different residency programs: society & health, occupational health and insurance health. There are three public health schools that offer these programs.

Society & health is further divided into eight profiles:

- Youth public health
- Infectious disease control
- Forensic medicine
- Tuberculosis control
- Environmental health
- Social medical assessment and advice
- Policy and advice
- Donor medicine

The residency for society & health is divided into two two-year phases. Phase 1 is the profile phase, where residents acquire skills that are relevant to their chosen profile. Phase 2 is a more overarching phase that focuses on skills in research and health policy. Since 2019 it is mandatory for residents to complete both phases



to be able to call themselves public health specialists. Residents from the old program that have only completed the first phase are called profile doctors.

For both occupational health and insurance health there is a four year training program.

Mandatory educational requirements

Rotations in the new program will be in the national public health institution, a different profile of your choice, the hospital, laboratories and could take place abroad. There will also be a mandatory research rotation.

Theoretical education takes place in modules that differ between profiles and branches. Some modules focus specifically on skills that are relevant to a particular profile or branch. However, all residency programs also include modules that focus on overarching topics like research, epidemiology, health policy making, health systems, innovation and management. There is some room for elective modules.



End of training assessment method

The training program is based on the CanMEDS competencies. In order to become a public health specialist, residents must prove they have gained all competencies specified. They have to prove this by building a portfolio. The end of the residency consists of an interview with both mentors, during which the mentors evaluate if the resident has gained all competencies and is therefore eligible to become a public health specialist.

ONE OF THE QUESTIONS OFTEN ASKED TO A RESIDENT IN PUBLIC HEALTH: WHY DID YOU CHOOSE PUBLIC HEALTH?

Infectious diseases drawn me into the medical field as a teenager and when I was still a medical student the Ebola epidemic in West Africa started. I was captivated by both the disease, the impact on the people affected and the anthropological aspects complicating everything even more. I think that was

one factor that pushed me more in the direction of public health.

I also spent a couple years working clinically in Aruba and The Netherlands. While it was interesting to diagnose and help patient suffering from for example Malaria, time actually spent working with communicable diseases and being able to gain in depth knowledge about it, was limited. At some point I decided that if I dedicated myself to Infectious disease control within the public health field chances were higher I will have an interesting career faster and with good chances of working internationally.

Two other things I like about public health is the teamwork and the complex dynamics with local, national and international politics. We have the privilege to work together with so many different experts when we work on health policies. I love to learn from other people.

And in order to have these policies successfully implemented (or even to put them on the agenda), we as

residents, have to work on many different qualities and skills in an early stage of our career.

Skills like public speaking, talking to media, diplomacy and navigating politics.

I know some people hate the political aspects of our job, but so far I find it mostly intriguing and it is so intertwined with (public) health care, we cannot ignore the influence it has on our daily work.

DO YOU HAVE SOME EXAMPLES OF PROJECTS YOU HAVE BEEN WORKING ON THAT YOU WANT TO SHARE WITH US?

In the Netherlands we have to work on the visibility of our profession and to raise awareness about the importance of public health doctors and their tasks to other health care professionals and medical students. I try to do my part by giving trainings and by making a practical guide with ideas for the public health rotation for medical students.



COULD YOU TELL US MORE ABOUT THIS MEETING AND THE CITY UTRECHT?

As you can tell by our public health residency program, the stubborn Dutch do things differently.

We want to showcase the diversity within our public health system and are excited to discuss with you or similarities and differences. The meeting will be a great opportunity to learn from each other.

For the social program we want to indulge our participants in the Dutch culture, food and festivities like Sinterklaas. Of course we also hope to show the city of Utrecht, one of the hidden gems of The Netherlands with beautiful distinctive canals, other than the ones in Amsterdam.

Michelle Stadlander
Dutch resident

Interview conducted by Alice Vabre, ISP from Dijon, 2nd semester

And last, I just finished a short internship at the RIVM (our national public health institution). There I worked on an assignment about viral hemorrhagic fevers and soon will present my recommendations for improvement of the national guidelines and surveillance system.

DO YOU HAVE ALREADY AN IDEA FOR YOUR PROFESSIONAL PROJECT AFTER THE RESIDENCY?

I hope to be working on communicable disease topics of international concern and gain deeper knowledge and experience about outbreak investigation and management.

I just entered my second year residency, so naturally my interests within infectious disease control

could still shift, but I'm confident my desire to work in an international environment will remain.

After the residency I imagine myself working in field epidemiology through the EPIET program, at the ECDC, the WHO or the RIVM, but there are many other interesting options to consider as well.

THE NEXT EURONET MRPH MEETING WILL BE IN **UTRECHT** FROM 5TH TO 7TH OF **DECEMBER** AND YOU ARE ONE OF THE ORGANIZERS.



Bureau du CliSP

Sixtine de Lafforest

Présidente

president@clisp.fr

David Peyre-Costa

Vice-Président

president@clisp.fr

Vincent Max

Secrétaire Général

contact@clisp.fr

Laura Arles

Trésorier

tresorier@clisp.fr

Maxime Ransay

Vice-secrétaire évènementiel

evenement@clisp.fr

Marie Ansoborlo

Chargée de la Communication

communication@clisp.fr

-

Rédacteur en chef du Bulletin

bulletin@clisp.fr

Lionel Moulis

Webmaster

webmaster@clisp.fr

Laure-Marine Houel

*Vice-secrétaire déléguée aux affaires
nationales*

lm.houel@gmail.com

Cécile Longchamps

*Chargé de relation avec les représentants
des subdivisions*

coordination@clisp.fr

Alice Vabre

Chargé de relation avec EuroNet MRP

ac.vabre@gmail.com

Collège du CliSP 2019-2020

Ile-de-France

Nicolas Deniau

representant-clisp@isp-paris.org

Nord-Est

Besançon : Alice Barbier

alicebarbier@live.fr

Dijon : Magali Koczorowski

koczorowski.magali@gmail.com

Nancy : Ngoc-Ha Nguyen

ngoc.ha55956@gmail.com

Reims : Claire Coutureau

santepub.reims@gmail.com

Strasbourg : Louisa Porte

louisa.po@gmail.com

Nord-Ouest

Amiens : Sébastien Delescluse

delescluse.sebastien@gmail.com

Caen : Laure-Marine HOUEL

lucyfleury@hotmail.fr

Lille : Louis Rousselet

louisrousselet@laposte.net

Rouen : Tifenn Clabaut

tifclabaut@gmail.com

Ouest

Nantes : Cécile Ferriot

referent.santepublique@gmail.com

Poitiers : Clotilde Morineaud

clotilde.morineaud@etu.univ-poitiers.fr

Rennes : Aurélie Pétureau

referent.santepublique@outlook.fr

Tours : Cathie Faussat

cathie.faussat@gmail.com



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

15, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris

www.clisp.fr - contact@clisp.fr

Rhône-Alpes et Auvergne

Clermont-Ferrand : Romain Mortier

romortier@hotmail.fr

Grenoble : Maxime Rigaud

maxime90rigaud@gmail.com

Lyon : Maxime Bonjour

association.spl@gmail.com

Saint-Etienne : Robin Chauv

robinvchauv@gmail.com

Sud

Marseille : Mathilde Besson

ISP.Marseille@gmail.com

Montpellier : Marie-France Malcher

Malcher.mf@gmail.com

Nice : Kévin Legueult

kevinlegueult@gmail.com

Sud-Ouest

Bordeaux : Louis Billiet

referent.santepub.bordeaux@gmail.com

Limoges : Alexis Cazorla

alexiscazorla.31@gmail.com

Toulouse : Emmanuel Chabot

eb.chabot@gmail.com

Antilles, Guyane : Yann Lambert

y.m.lambert@free.fr

Océan Indien : Anne-Françoise Casimir

anne.francoise.casimir@gmail.com

Avec le soutien de :



CliSP - Bulletin n°40 - Oct. 2019

Rédacteur en chef :

Le bureau du CliSP

Conception et réalisation :

Philippe Enderlin

Crédit photo couverture :

Marie Ansoborlo