

Bulletin 19, Octobre 2012

cliSP

Edito du Président	p1
Formation des ISP	p3
Journée de Rencontre des Spécialités de l'ISNIH	p9
Retour sur Grenoble 2012 & le CAISP 2021	p11
SANI : demandez le programme !	p14
Travaux d'Internes : Delphine	p15
Interviews AISP : Diane Wiltzer & Annie SERFATY	p23
EURONET MRPH : New Status & Policies !	p36

SEMINAIRE D'ACCUEIL DES NOUVEAUX INTERNES

les 29 et 30 Octobre 2012 à Paris



cliSP

Edito du Président

Frédéric DUGUÉ

Président Bureau du CliSP 2012-2013

En cette rentrée 2012, le CliSP organise pour la 4^{ème} année consécutive le **Séminaire d'Accueil des Nouveaux Internes**. Le groupe de travail dédié, que je salue et remercie pour son inventivité et son efficacité, bénéficie ainsi de l'expérience des années précédentes pour faire du « SANI », tel qu'on l'appelle désormais, une réussite.

Au programme : découverte du cursus de Santé publique et Médecine sociale et de ses perspectives, acquisition de quelques outils avant l'arrivée en stage, initiation à quelques grands domaines... mais aussi convivialité et esprit de rencontre pour permettre à la nouvelle promotion de créer des liens dès le début de l'internat.

Organiser à mon tour cet événement a pour moi une saveur spéciale...

En effet, il y a quatre ans j'étais l'un de ceux qui bénéficiaient, pour la toute première fois, de cette innovation du CliSP, tout étonné de l'esprit d'initiative et de l'engagement des internes qui l'organisaient.

Et aujourd'hui, c'est à moi qu'incombe la responsabilité, avec les autres organisateurs, de faire toucher du doigt la richesse et les enjeux de notre



spécialité si particulière, à la place de José que j'avais alors entendu parler pour la première fois de notre *formation d'excellence*.

En cela, si le SANI est évidemment un temps fort de la vie du CliSP, ce n'est pas un événement comme les autres. Il symbolise à mes yeux à la fois notre maturité en termes organisationnels – la capacité à capitaliser sur l'expérience accumulée pour pérenniser ce projet – mais aussi et surtout la conscience que nous avons du caractère crucial d'expliquer les spécificités de la santé publique et d'accueillir et d'accompagner par nous-mêmes les nouveaux internes dans la découverte de celle-ci.

En effet, on ne se lance pas dans notre DES comme on choisit une spécialité d'organe : la santé publique suppose un haut niveau de réflexion sur notre mode d'action, sur nos champs et motifs d'intervention, sur les disciplines et méthodes mobilisées...

Puisse le programme du SANI tel que nous l'avons élaboré donner une idée de cela !



« C'est pourquoi j'en appelle à tous, mais en particulier aux nouveaux internes que avons le plaisir d'accueillir :

soyez enthousiastes, mobilisez-vous, n'hésitez pas à vous engager – c'est un enrichissement aussi bien collectif que personnel, soyez curieux de tout et ouvrez des perspectives !

C'est vous qui ferez la santé publique de demain. »

Cette conscience que nous avons des particularités de la spécialité de santé publique n'a rien d'évident. Elle est, notamment, le fruit de plus de 20 ans de réflexions, de mobilisations, et de travaux de la part des ISP et du CliSP : enquêtes, propositions d'amélioration de la formation, discussion et mise en réseau des internes, etc. .

Nous ne pouvons continuer à améliorer et valoriser notre formation qu'en continuant à nous lancer sur de nouveaux projets originaux et ambitieux.

C'est pourquoi j'en appelle à tous, mais en particulier aux nouveaux internes que avons le plaisir d'accueillir : soyez enthousiastes, mobilisez-vous, n'hésitez pas à vous engager – c'est un enrichissement aussi bien collectif que personnel, soyez curieux de tout et ouvrez des perspectives !

C'est vous qui ferez la santé publique de demain.

Merci donc à nos aînés pour ce qu'ils nous ont transmis, et bienvenue aux nouveaux !

Formation des Internes de Santé Publique

Jérôme DELAUNAY, *Chargé de la Formation, Bureau du CliSP 2012-2013*
& le groupe de travail « Formation »

Contexte

Dire que les études de médecine sont parmi les plus longues est un lieu commun. L'internat de santé publique et médecine sociale n'y fait pas exception. Grâce à un apprentissage de 4 ans, comprenant tant une formation théorique par l'acquisition de connaissances transversales et spécialisées qu'une formation pratique variée à travers 8 stages en milieu professionnel, cette formation permet d'aboutir à des postes à responsabilité dans le domaine de la santé publique.

L'enquête AISP (anciens internes de santé publique), portant sur le devenir des médecins spécialistes de santé publique et présentée lors de la journée du CLISP le 6 juillet 2012, a révélé de nombreux points positifs :

* La formation pratique de l'internat de santé publique, avec ses 8 semestres d'expérience professionnelle, constitue un atout exceptionnel et est considérée comme indispensable.

* Un exercice professionnel ultérieur très divers avec certes une prédominance de l'exercice en établissement public, mais aussi des lieux d'exercice variés, dans le secteur public ou privé.

* Une satisfaction prosaïque qui tord le cou aux idées reçues : chômage quasi-inexistant avec un taux himalayen de 0,6 % et des rémunérations mensuelles nettes supérieures à 4000 € pour la majorité des praticiens.

* Une satisfaction personnelle sous forme de plébiscite : 96 % des AISP se disent satisfaits / très satisfaits / complètement satisfaits de leur carrière, et plus des trois quarts exercent parallèlement à leur activité principale des activités d'enseignement et/ou de recherche.

Cependant, cette enquête pointe également certaines **lacunes**, s'ajoutant ainsi aux résultats de l'enquête menée en 2009 (merci à Bruna Alves de Rezende pour son travail remarquable) :

* La **formation théorique** du DES est malheureusement insuffisante :

- Aucun cours spécifique au DES n'est disponible dans l'écrasante majorité des villes de France.

- La quasi-totalité des AISP a suivi au moins une formation complémentaire, au minimum de niveau master 2. En cas de volonté de master 2 hors subdivision d'origine, les obstacles à la mobilité sont nombreux (acceptation de dossier inter-CHU, validation de stage, financement, etc.).

* La **formation pratique**, pourtant indispensable et malgré son plébiscite, connaît également certains manques :

- Une offre de stages très hétérogène et déséquilibrée selon les villes de formation, avec des domaines de la santé publique sans aucun terrain disponible dans certaines villes.

- Certains stages aux encadrements perfectibles et aux projets peu ou pas définis.

Les internes ont cherché à compenser par eux-mêmes ces lacunes, avec l'aide de leurs aînés : stages en inter-CHU et à l'étranger, séminaires nationaux et interrégionaux, validation de masters et de diplômes universitaires, etc.

La réforme de l'internat actuellement en cours fut donc une occasion unique pour les internes et les enseignants de renforcer leur dialogue et de chercher ensemble les moyens d'améliorer notre formation du troisième cycle en Santé Publique et Médecine Sociale.

De cette collaboration et du travail de longue haleine de nos prédécesseurs est né un premier **référentiel de formation** pour le DES de santé publique. Ce réf-

rentiel constitue la base à partir de laquelle le DES sera amélioré, en présentant les grands principes de formation et les recommandations nationales de nos enseignants CUESP et CIMES :

* les types d'enseignement qu'un interne de santé publique doit suivre au cours de son DES ainsi que les modalités de ces enseignements ;

* les types de stages possibles et les facilitations à la mobilité ;

* les objectifs pédagogiques attendants.

**Notre objectif :
une formation à la fois complète et pointue.**

(cf encadré)

Pour atteindre cet objectif d'amélioration de notre formation, **deux horizons** se présentent à nous :

* À la fin de l'année, la présentation à la Commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) de la seconde version de notre référentiel de formation, actuellement en cours d'élaboration avec nos enseignants.

* À moyen terme, la mise en application de ces recommandations nationales au niveau local.

NOTRE OBJECTIF : UNE FORMATION A LA FOIS COMPLETE ET POINTUE

Une formation complète

La santé publique est au croisement de multiples disciplines, de la médecine à la statistique en passant par le management, la microbiologie, la gestion administrative ou l'information médicale. Dans son intitulé même, elle nécessite une vision globale des problèmes que nous serons amenés à gérer. D'où la nécessité d'un socle commun de connaissances transversales ainsi qu'une expérience professionnelle aussi diverse que possible, afin d'assurer au mieux le recul et la vision d'ensemble nécessaires à notre profession.

Une formation pointue

Si l'on souhaite atteindre le niveau d'expert dans notre domaine, l'excellence n'est pas une option ; c'est une nécessité. D'où le besoin de faciliter l'accès aux cursus permettant l'acquisition de cette expertise, tant au niveau théorique (masters 2, thèses) que pratique (stages hors ville d'origine, inter-CHU et à l'étranger).

Voici donc un résumé de la formation théorique et pratique de notre DES, son état actuel, les améliorations souhaitées proposées par le CliSP et déjà abordées dans notre bulletin d'avril ainsi que les évolutions en cours.

Formation théorique

Si les internes organisent depuis plusieurs années nombre de séminaires de leur propre initiative afin d'améliorer leur formation et de s'ouvrir à de nouveaux horizons, la collaboration en cours avec les enseignants vise à établir un tronc commun d'enseignements à la fois clair, concis et multiforme, ainsi qu'à faciliter l'accès des internes à la spécialisation notamment par le master 2.

L'offre de formation par des séminaires organisés par les internes eux-mêmes s'est considérablement développée au fil des ans et s'articule autour de quatre types de manifestations.

Séminaire d'Accueil des Nouveaux Internes

La 4^e édition du séminaire d'accueil des nouveaux internes aura lieu les 29 et 30 octobre 2012 à Paris. La santé publique est un domaine vaste aux ramifications inconnues pour nombre de nos nouveaux collègues (et parfois même pour les plus anciens !), par conséquent deux journées ne sont pas de trop pour leur présenter un panel de leur nouvelle spécialité avant leur prise de fonction.

Ce séminaire comporte notamment :

* Un aperçu des grands domaines de la santé publique : recherche clinique, épidémiologie, organisation des systèmes de santé, information médicale, statistique, qualité et sécurité des soins, santé internationale, veille sanitaire, santé communautaire, sciences sociales, etc.

* Une présentation du DES de santé publique et médecine sociale : son déroulement, les formations complémentaires possibles, voire nécessaires.

* Une présentation des différents outils nécessaires dans la pratique professionnelle, notamment la gestion et l'analyse de données numériques : votre ordinateur est votre nouveau meilleur ami !

* Et évidemment une présentation des intérêts de la vie associative !

* Ce séminaire est aussi l'occasion pour les newbies (et nous l'avons tous été un jour !) de rencontrer leurs consoeurs et confrères fraîchement débarqués dans le vaste monde de la santé publique, de se rendre compte qu'on n'est pas le seul à se sentir un peu perdu devant toutes les possibilités qu'on découvre (et celles qu'on ne connaît pas encore). Il permet de parler à des internes plus avancés dans leur cursus, de profiter de leur expérience pour s'ouvrir à de nouveaux horizons et booster sa motivation avant de prendre ses nouvelles fonctions !

Séminaire annuel de formation des internes

Existant depuis 2005 et d'une durée de 3 jours, ce séminaire organisé par les étudiants et les enseignants accueille tous les internes de France dans une ville différente autour d'un thème défini. Si la logistique est du ressort des internes, le versant pédagogique est de la responsabilité des enseignants. Les présentations et les débats font ainsi intervenir des spécialistes du sujet venant de tous les bords (public ou privé, médecins, universitaires, politiques, humanitaires, laboratoires, gestionnaires, etc.) permettant aux internes de s'initier à une thématique ou d'approfondir un sujet de prédilection.

Il a été récemment décidé de prévoir désormais les villes organisatrices de ces séminaires deux ans à l'avance, afin de donner aux équipes locales internes et professorales tout le temps nécessaire pour nous concocter un séminaire optimal sur les plans pédagogique et logistique.

Nous en profitons pour féliciter nos collègues et nos enseignants de Grenoble, qui ont réussi à nous offrir en avril 2012 un séminaire enrichissant et amical sur le thème « Santé et environnement », malgré le peu de temps dont ils disposaient. Bravo à eux !

C'est désormais au tour de nos collègues de Nancy de prendre la relève pour le séminaire de 2013 : bonne chance à vous, on vous fait confiance !

Séminaire annuel de formation du CLiSP

Ayant lieu à Paris au début de l'été, ce séminaire concentre l'attention des internes sur un thème d'actualité. Celui de juillet 2012 a porté sur la « Santé internationale » en collaboration avec l'école des affaires internationales de Sciences-po Paris et du SNSP (syndicat national des médecins spécialistes de santé publique).

Ce rassemblement est également l'occasion de deux événements :

L'assemblée générale du CLiSP.

Le forum professionnel annuel qui permet de rencontrer d'anciens internes venus parler de leur parcours post-internat. Cette visibilité des débouchés potentiels de notre discipline est à la fois source d'enseignement et de motivation pour les jeunes troupes que nous sommes.

Séminaires interrégionaux et locaux

Certaines villes ou interrégions voient leurs internes organiser des séminaires portant sur leurs thématiques privilégiées.

Tous ces séminaires répondent au final aux mêmes objectifs de formation :

* Apporter aux internes des connaissances transversales en clarifiant la vision d'un grand domaine de la santé publique, en

traitant d'une question d'actualité ou porteuse d'avenir ou en faisant découvrir un domaine méconnu.

* Susciter des vocations pour un domaine de prédilection et ainsi motiver la recherche de formations spécifiques afin d'acquérir une compétence de pointe dans ce domaine.

1^{ER} OBJECTIF : *Vers un tronc commun d'enseignements*

Dans le cadre de la réforme de l'internat de santé publique, le CLiSP propose de clarifier le contenu d'un tronc commun de formation incluant les connaissances de base de l'ensemble des domaines de la santé publique. Ce tronc commun serait réparti en modules ou « domaines de formation ». Suite aux propositions du CLiSP de 5 modules et au séminaire des enseignants à Grenoble en avril 2012, le CUESP et le CIMES ont proposé 8 domaines de formation : « Biostatistiques », « Épidémiologie », « Gestion de l'information médicale », « Gestion de la qualité et de la sécurité des soins », « Économie et gestion », « Sciences sociales », « Sciences de l'environnement » et « Santé communautaire ».

Les objectifs pédagogiques inclus

« ... nous devons en être les acteurs à part entière, afin qu'elle mérite chaque année un peu plus d'être dénommée formation d'excellence. »

Jerôme

dans ces domaines sont actuellement en cours d'élaboration par les équipes professorales et nous ne manquerons pas de vous tenir au courant des résultats des travaux en cours.

Ce tronc commun devra être **multiforme**, reconnaissant plusieurs modes de formation :

* Le suivi d'un SANI en début d'internat pour acquérir un début de connaissances de base dans les grands domaines de la santé publique.

* La validation d'un master 1 de santé publique et/ou d'autres formations universitaires pour les domaines qui y sont correctement traités (épidémiologie, biostatistiques, droit de la santé, politique de santé, sciences sociales...)

* La validation de séminaires spécifiques au DES pour développer un versant médical sur des thèmes atypiques ou d'actualité. Ces séminaires auront lieu au niveau national, interrégional et local (cf bulletin du CLiSP avril 2012).

2^E OBJECTIF : *Un accès facilité à la spécialisation*

La spécialisation dans un domaine est aujourd'hui nécessaire et la quasi-totalité des internes de santé publique se spécialisent déjà par une formation supplémentaire au minimum de niveau master 1.

Or, dans bon nombre de villes, les internes se retrouvent face à de nombreuses embûches pour l'accès à ces masters 2, tant administratives que financières, en particulier si cette formation n'est pas dispensée dans la ville d'origine.

Les internes se voient alors contraints d'interrompre leur internat afin de pouvoir suivre et valider ces formations, tentant de trouver des solutions de financement de plus en plus précaires : année-recherche, mise en disponibilité avec bourse, aide familiale, voire emprunt bancaire.

Le CLiSP propose donc de **faciliter la mobilité et le financement nécessaires à cette spécialisation**, afin de sortir de la précarité l'accès aux formations souhaitées.

Cela permettra aux internes de pouvoir suivre un master 2 sans mise en disponibilité, par exemple au cours de deux semestres consécutifs au même poste, comme cela se fait déjà dans certaines villes.

Formation pratique

La transversalité de la formation pratique qu'est l'internat de santé publique constitue un atout exceptionnel pour les futurs praticiens que nous sommes. La garantir est donc une nécessité.

Malheureusement, les obstacles à la mobilité des internes et les écarts significatifs de qualité entre les stages sont autant de lacunes sur lesquelles le CLiSP et les collègues d'enseignants travaillent. Pour assurer la transversalité et la qualité de cette formation, plusieurs améliorations sont proposées par le CLiSP, comprenant la sectorisation des stages, la facilitation de la mobilité des internes, ainsi que des procédures d'assurance de la qualité des terrains de stage et de suivi des internes.

1^E OBJECTIF : *Garantir une formation transversale*

Afin de permettre aux internes d'acquérir des compétences transversales dans les différents domaines de la santé publique, le CLiSP propose de répartir les stages en secteurs d'activité :

* Chaque ville devra présenter au moins deux terrains de stages différents par secteur.

* L'interne devra valider un semestre dans au moins 4 secteurs de son choix.

* Aucun secteur ne sera obligatoire, l'interne conservant ainsi la liberté d'orienter son parcours vers le domaine souhaité dans le cadre de son projet professionnel.

Plusieurs points sont actuellement l'objet du dialogue entre les enseignants et les internes. Par exemple, nombre de terrains de stages ont une activité polyvalente et relèvent donc de plusieurs secteurs d'activité. La question se pose donc du nombre maximal de secteurs possibles par stage, de l'existence d'un secteur prédominant, etc.

Cependant, les étudiants sont bien conscients que l'offre de stages sur le territoire est très hétérogène et déséquilibrée : malgré toute la bonne volonté de nos enseignants, de nombreuses villes ne peuvent offrir de stages de qualité dans certains domaines de la santé publique. C'est pourquoi cette volonté de transversalité de notre formation implique dès lors trois conditions : une mobilité facilitée, une qualité homogène des stages et un meilleur suivi de l'interne.

2^E OBJECTIF : Favoriser *la mobilité des internes*

Face aux limites matérielles de l'offre de stages dans nombre de villes, une solution existe : la mobilité des internes par la mutualisation des stages.

Mutualisation interrégionale :

Lorsqu'une ville ne pourra pas offrir au moins deux terrains de stage par secteur d'activité, l'interne devra pouvoir choisir dans son interrégion un stage de ce secteur sans formalités supplémentaires (pas d'inter-CHU) et sans léser les internes de la ville d'accueil.

Mutualisation nationale :

Certains terrains de stage, tels que les administrations centrales, n'existent par définition que dans la capitale. D'autres n'existent que dans une ou deux villes de France. Leur choix devra être facilité pour l'ensemble des internes, sans nécessiter d'inter-CHU ni léser les internes de la ville d'accueil.

3^E OBJECTIF : *Assurer des stages de qualité*

Certains stages n'apportent que peu ou pas de connaissances nouvelles ni de compétences techniques aux internes. Certes, ces situations sont parfois le fait



d'internes peu motivés ; mais aussi dans certains cas le résultat d'un encadrement perfectible ou de projets de stages mal définis.

C'est pourquoi, sur la base d'améliorations existant déjà dans certaines interrégions, plusieurs procédures et documents seront proposés afin de les adapter aux spécificités de la santé publique et d'assurer une offre plus homogène de stages de qualité :

* Un dossier d'agrément spécifique à la santé publique est proposé. Les procédures d'agrément de stage devront être détaillées pour s'assurer de l'encadrement de l'interne et de la pertinence du projet pédagogique.

* Une fiche de poste spécifique à la santé publique devra être complétée par le responsable de stage avant chaque choix, avec mention du projet pédagogique et de l'encadrement pour le semestre à venir.

4^E OBJECTIF : *Renforcer le suivi des internes*

Enfin, une formation pratique de qualité implique un suivi des internes. Le CLiSP fait donc les propositions suivantes :

* Un portfolio national électronique sera créé, énumérant les compétences théoriques et pratiques que l'interne devra acquérir au cours

de son internat. Au début de chaque stage, le responsable de stage et l'interne conviendront des items que l'interne devra avoir acquis à la fin de son stage. À la fin de ce dernier, le responsable de stage jugera de la réalisation de ces acquis lors d'une réunion avec l'interne.

* Un système de tutorat sera créé : chaque interne se verra attribuer un tuteur parmi les médecins de santé publique. Ce tuteur sera la personne-ressource privilégiée de l'interne, notamment en début de cursus, pour les aspects académiques et pratiques de son internat.

Une force de proposition

Vous l'aurez compris, cette période de réforme de l'internat constitue une occasion unique pour les internes d'être une force de proposition afin d'améliorer toujours plus la formation qui leur est offerte.

Une telle réforme ne pourrait se faire sans l'esprit de collaboration et de dialogue qui lie les enseignants et les internes, et nous les remercions vivement de nous avoir inclus dans leurs travaux et leurs réflexions.

Une telle réforme est enfin le résultat d'un travail de longue haleine de la part de nos prédécesseurs. Sans les efforts continus de ses anciens membres pour dé-

fendre les intérêts et la formation des internes de santé publique toutes ces années, le CLiSP ne constituerait pas aujourd'hui la force de proposition qu'il est.

À nous, membres actuels et à venir, d'en assurer la relève.

Ne nous y trompons pas, cela n'est pas une juste une belle posture mais bien une nécessité.

Comme l'a relevé notre ancien président José, la santé publique est en France une spécialité récente, encore trop méconnue et donc vulnérable.

Mais ne doutons pas de son potentiel et de sa force : les exemples des autres pays d'Europe et d'Amérique sont là pour le prouver. Nous, internes, ne pouvons donc nous contenter d'être les spectateurs passifs de notre formation.

Bien au contraire, nous devons en être les acteurs à part entière, afin qu'elle mérite chaque année un peu plus d'être dénommée « formation d'excellence ».

Groupe de Travail Formation

Thibaut BALCAEN

Mélodie BERNAUX

Frédéric DUGUÉ

Jérôme DE LAUNAY

(responsable)

Nicolas GUIBERT

Nadia OUBAYA

Journée de Rencontre des Spécialités de l'ISNIH

Frédéric DUGUÉ

Président bureau du CLiSP 2012-2013

Le 8 septembre dernier avait lieu la nouvelle Journée de Rencontre des Spécialités organisée par l'ISNIH. Que faut-il en retenir pour la santé publique ?

Garantir notre place parmi les autres spécialités médicales

L'ISNIH, *Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux*¹, est avant tout structuré sur la fédération des syndicats représentatifs des internes dans les différentes villes d'internat. Sans remettre en question cette organisation, les *Journées de Rencontre des Spécialités* – consistant en la réunion, deux fois par an, des représentants de spécialités – traduisent l'effort actuel de l'ISNIH de renforcer ses liens avec les associations nationales d'internes de spécialités médicales. Ce rapprochement, uniquement à titre consultatif, est en cours de formalisation dans les statuts de l'ISNIH.

En pratique, cela facilitera les réflexions sur des problématiques communes, telles que les réformes de la formation, le financement de ces associations, l'élaboration et la diffusion

d'enquêtes organisées par l'ISNIH, ensuite diffusées à grande ampleur, etc. La récente enquête « Gardes, Astreintes et Temps de travail des internes en médecine », à laquelle des internes de santé publique ont répondu, a par exemple fait l'objet d'un relais médiatique soutenu par une véritable campagne de presse.

Le CLiSP a tout intérêt à répondre présent : d'une part cela permet de travailler à une meilleure visibilité de notre formation aux yeux des autres spécialités médicales, et d'autre part certains travaux tels que les grandes enquêtes nationales, dont j'ai suggéré que les associations pourraient contribuer à la relecture, peuvent s'avérer particulièrement pertinents. En témoigne l'objet de la prochaine enquête qui portera sur un état des lieux de la formation théorique, par ville et par spécialité, ce qui nous intéresse au plus haut point.

Nous avons tout à y gagner en termes de communication également : l'ISNIH a eu l'initiative de développer une application iPhone (bientôt portée sur les autres systèmes), avec une rubrique *spécialités* permettant à

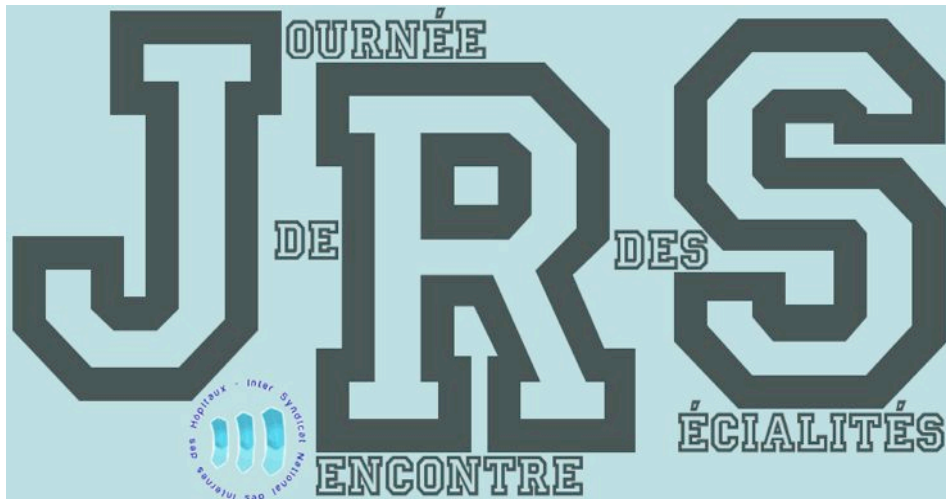
chaque association de spécialité de mettre en ligne directement une page de présentation générale et des actualités, et cela à titre informatif sans que cela ne l'engage au niveau syndical, bien entendu.

La CNIPI peine à avancer... mais doit nous permettre d'améliorer la formation

Le principal sujet abordé lors de la JRS de septembre était celui de la réforme de la formation, selon la réflexion engagée par la CNIPI, *Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat*. La phase 2 de celle-ci doit être lancée prochainement, dès lors que sa lettre de mission aura été envoyée.

La matinée s'est déroulée sur le mode d'une « concertation intergénérationnelle », en présence du Pr François-René Pruvot, responsable d'un groupe de travail chargé du volet pédagogique de la CNIPI, et des représentants des collèges d'enseignants et des syndicats de spécialités seniors qui avaient répondu à l'invitation de l'ISNIH.

Il apparaît que les enjeux de taille sont nombreux, au sein de la



ISNIH – Intersyndicat National des Internes des Hopitaux : www.isnih.fr

réforme, dont certains ne nous concernent qu'indirectement : responsabilité de prescription d'un éventuel nouveau statut d'assistant, modes d'exercice et place du libéral (l'accès au secteur 2 étant jusqu'à présent assuré par la réalisation d'un clinicat), etc.

Mais il existe aussi des motifs de convergence entre spécialités : face aux ressources rares dans certains domaines spécialisés, la possibilité d'inter-régionalisation de stages (avec la prudence qu'il conviendrait d'adopter vis-à-vis des modalités pratiques de tels stages) a ainsi été évoquée par les rhumatologues, de façon assez proche de ce que nous envisageons.

Au cœur de ces réflexions, c'est le nouveau statut d'« assistant » avec « mise en responsabilité » – qui devrait venir s'ajouter ou remplacer la/les dernière(s) année(s) d'internat – qui est le nœud du problème.

À la suite des interventions de différents représentants de spécialités internes et seniors, qui montraient la difficulté d'intégrer dans un nouveau dispositif les spécificités de chacun, et à l'aune des réponses données par le Pr Pruvot, j'ai donc rappelé la position adoptée par le CLiSP l'année dernière.

Par rapport au statut d'interne, les modalités de celui d'assistant apparaissent comme plus restrictives.

D'une part l'offre de stages ne pourra être que plus limitée, compte tenu de la possibilité que nous avons actuellement de recourir à des stages extra-hospitaliers (et parfois aux stages hors-subdivision) pour nous former de façon avancée dans un domaine de compétences rare, tel que l'économie de la santé, l'industrie pharmaceutique, etc.

D'autre part, les modalités de choix de ces stages, basées sur un accord du chef du service d'accueil

et non exclusivement sur le choix des internes, nous étaiant apparues comme un recul.

La réponse du Pr Pruvot a été la suivante : *l'un des mérites de la réforme est que sa lenteur a permis la compréhension et la prise en compte de la diversité des situations.*

En l'occurrence, la possibilité de créer une maquette permettant de passer directement du statut d'interne aux postes de véritables assistants hospitalo-universitaires (sans statut intermédiaire tel qu'il est proposé) devrait être prise en compte. Reste qu'avec la réforme, le nombre de ces postes sera réduit...

Quoi qu'il en soit, en regard des questions compliquées de maquettes, la réforme de la CNIPI doit être pour nous l'occasion de formaliser des référentiels de compétences métier et de formation.

De nombreuses spécialités ont déjà rendu les leurs, de niveaux apparemment inégaux. Si notre référentiel *métier* a été déposé, il nous reste à finaliser, en collaboration avec les collèges universitaires d'enseignants de santé publique, le référentiel *formation* du DES. Celui-ci doit, et nous y travaillons, être l'occasion de faire avancer les propositions d'améliorations formulées par le CLiSP ces dernières années.

Grenoble 2012 – Satisfaction

Anne-Marie DOLS, représentante Rhône-Alpes, Collège CliSP 2012-2013 & le groupe de travail « Grenoble 2012 »

L'enquête de satisfaction réalisée auprès de vous concernant le séminaire « santé et environnement » d'avril dernier, nous a permis de faire le point et de comparer nos impressions avec vos retours. Nous tenons ainsi, avant tout, à vous remercier d'avoir participé à cette enquête qui aide à la réflexion pour l'organisation d'un séminaire au plus près de vos attentes.

Vous avez été nombreux à répondre au questionnaire (105 pour 116 participants au séminaire) pour lequel vous deviez donner, à chaque item, une note allant de 1 à 5 (note minimale à maximale).

Sur le plan pédagogique : vous avez été globalement satisfaits, avec une moyenne de 4.05 (écart type 0.83) pour la réponse à la question : Globalement, avez-vous trouvé ce séminaire intéressant ? Vous avez noté la qualité des interventions à 3.97 en moyenne (écart type : 0.72)

Le choix des sujets a été noté en moyenne à 3.95, la durée des interventions à 4.06 (écart type : 0.86). Vous avez été plus nuancé sur les discussions ayant suivi les présentations (moy à 3.44, écart type à 0.89) et sur les ateliers / jeux de rôle (moy à 3.25, écart type à 1.29). Enfin le séminaire a été jugé utile avec une moyenne de 3.78 .

Pour ce qui est de l'organisation pratique, vos appréciations et commentaires vont dans le sens du ressenti que nous avons pu avoir. Avec une communication autour du séminaire relativement appréciée (moyenne à 4.23, écart type 0.91), des modalités d'inscription notées en moyenne à 4.5 (écart type : 0.7), et des locaux dédiés évalués à 4.6 (écart type à 0.68). La restauration et les animations ont été notées respectivement avec une moyenne de 4.07 (écart type, 1.06) et de 3.83 (écart type, 1.05).

En revanche l'hôtel possède une notation moyenne de 3.38 (écart type, 1.35).

Les commentaires libres ont permis d'éclairer ces notations et de donner des pistes d'amélioration. Par exemple, la présence des jeux de rôle a été saluée mais le « cadrage » a été jugé inégal et insuffisant pour certains. Vous avez également souligné la nécessité de rappel des notions de base, sur le thème traité, pour une meilleure compréhension des interventions. Enfin l'un d'entre vous a émis l'idée de la présentation d'une synthèse de la littérature, et de sa critique, pouvant être discutées avec l'auditoire.

La soirée et l'échange possible avec les profs ont été bien appréc-



ciés. Par contre vous avez évoqué votre regret de ne pas avoir pu visiter la ville, l'hôtel vous a peu satisfaits, notamment en raison de la distance avec le centre-ville. Enfin, vous êtes en demande de plus d'échanges facilités entre internes.

Nous avons bien conscience de ces désagréments, dus au court laps de temps pour l'organisation, et à des événements concomitants dans la ville réduisant le choix pour l'hôtel. Les difficultés rencontrées et des propositions pour les éviter ont déjà été discutées avec l'équipe organisatrice du prochain séminaire.

Finalement, et malgré les points à améliorer, les retours que l'on a eus illustrent votre satisfaction globale de ce séminaire. Vos remerciements, comme les savoir-faire acquis grâce à cette expérience, s'ajoutent à notre propre satisfaction d'avoir organisé un tel événement.

A tous encore merci pour votre participation, bon courage à la nouvelle équipe organisatrice, et à très vite à Nancy pour la prochaine session !

Congrès Annuel des Internes de Santé Publique 2012

Sandra AYMERIC, Membre du Comité scientifique du CAISP 2012

Patrick Samuel D'ALMEIDA, Responsable du GT Semaine de formation du 2 au 6 juillet 2012

Le CAISP a eu lieu pour sa 3^{ème} édition le 5 juillet 2012. Cet événement a vu le jour en 2010 suite à l'initiative de plusieurs internes de santé publique lillois qui connaissent déjà dans leur ville l'expérience annuelle d'une journée organisée sur le mode d'un congrès pendant laquelle les internes sont conviés à présenter un de leurs travaux de stage. Devant la réussite de ce type de journée, ils ont souhaité partager cette expérience avec toutes les villes de France en participant il y a 2 ans à l'organisation du premier congrès national dédié aux internes de santé publique.

Les objectifs de ce congrès national sont doubles :

- permettre aux internes de santé publique (ISP) de se rencontrer pour présenter et échanger dans les conditions réelles d'un congrès,

- donner l'occasion aux ISP de valoriser leurs travaux respectifs et de découvrir les compétences et spécificités de chacune des villes représentées.

Environ 2 mois avant la date du CAISP, un appel à communication est lancé à destination de tous les ISP de France. Ces derniers peuvent soumettre un abstract concernant un travail réalisé en stage ou pendant leur Master 2, qu'il ait ou non fait l'objet d'un article. Il peut s'agir d'une investigation épidémiologique, d'une revue de la littérature, etc.

D'autre part, en parallèle, est lancé un appel pour la constitution d'un comité scientifique. Il est formé de quatre ISP de 3^{ème} et 4^{ème} année qui ont pour rôle de lire les abstracts soumis puis de réaliser une sélection de 10 abstracts environ selon un barème comprenant plusieurs critères (pertinence, clarté, originalité). Pour les internes membres du comité scientifique, il s'agit d'une expérience enrichissante et inédite au cours de leur cursus d'interne.

Les internes dont l'abstract a été sélectionné sont invités à présenter leur travail le jour du congrès à l'aide d'un diaporama pendant 10 à 15 minutes suivi de 10 minutes de questions.

Le comité scientifique a également la fonction, en collaboration avec le comité d'organisation du CAISP de déterminer le programme de la journée en fonction des thèmes abordés par les communicants.

Le jour du congrès, le comité scientifique juge chaque présentation selon une grille d'évaluation (intérêt et qualité scientifique du projet, qualité de la présentation orale) et en fin de journée se réunit pour élire la meilleure communication. Celle-ci est récompensée le lendemain du congrès, lors de la journée nationale du CLiSP, par le prix de la meilleure communication comprenant un diplôme et une smartbox d'une valeur d'environ 200 euros.

Lors du CAISP du 5 juillet 2012, 31 internes étaient présents. Ce nombre de participants, plus faible que pour les 2 autres éditions, pouvait être expliqué par le fait que cette année, le CAISP était intégré dans une semaine de formation qui n'a pas été suivie dans son intégralité par tous les ISP.

Le comité scientifique était constitué de Bertrand Joly, Damien Van-Gysel, Maurice Tanguy et Sandra Aymeric. Le comité d'organisation était constitué de Delphine Lefevre, Patrick Sa-



muel D'Almeida et Damien Van-Gysel.

Huit abstracts ont été soumis ; ils ont tous été retenus. Les thèmes présentés étaient assez diversifiés (voir les communications présentées dans la rubrique travaux d'internes).

Les deux CAISP précédents avaient connu un très bon accueil.

L'évaluation par les internes du dernier CAISP a donné les résultats suivants (voir les diagrammes) :

1. Devant la difficulté de recueillir des propositions d'abstracts, nous avons interrogé les partici-

pants au CAISP sur la raison pour laquelle ils n'avaient pas soumis de résumé. Sur 31 participants, 24 n'avait pas en réserve un travail qu'ils estimaient pouvoir présenter dans ce cadre, 5 estimaient que ce qu'elles pouvaient présenter n'était pas assez avancé, 5 n'avaient soit pas le temps, soit pas osé ou soit pas envie.

2. Concernant l'avis des internes sur ce congrès (résultats donnés pour les notes 4 et 5/5), sur les 31 participants, 27 ont trouvé le congrès intéressant (dont 13 avec une note de 5/5), 19 ont pensé que le congrès leur a été utile, 18 ont été satisfaits de la sélection des abstracts et du choix du lauréat, enfin, 26 étaient satisfaits

du rythme et de la durée des interventions et 24 du temps de discussion qui suivait les discussions.

Le CAISP est une occasion unique pour les internes de santé publique d'échanger dans les conditions d'un congrès créé par les internes, pour les internes et jugé par des internes. En effet, le *peer review* étant réalisé entre ISP, le CAISP permet aux internes de s'exercer et de s'améliorer à la communication orale dans les conditions réelles d'un congrès.

Alors l'année prochaine, n'hésitez plus à soumettre votre abstract !

MEDLINK : un nouveau partenaire pour le CliSP !

Le 15 Octobre 2012, le CliSP a conclu un accord avec le Dr Thierry Dispot et la société Medlink. Comme chaque nouveau partenariat, celui-ci nous permet de poursuivre les objectifs du CliSP dans l'amélioration de notre formation et la promotion de notre spécialité.



Medlink en quelques mots:

- ✓ Dirigée par le Dr. Thierry Dispot
- ✓ Une expertise unique dans le domaine de la médico-économie et de la T2A
- ✓ 19 années d'expérience en médico-économie et dans le PMSI
- ✓ A travaillé avec plus de 150 cliniques et hôpitaux
- ✓ Réalise de nombreuses études médico-économiques pour les industriels, les établissements hospitaliers et les institutionnels

Medlink cabinet intervient sur les champs suivants :

- ✓ PMSI MCO et SSR : Qualité de Codage, Optimisation, Circuit d'information, Formation au codage V11 (Praticien, Soignant et Administratif)
- ✓ Dossier Médical : Audit Qualité et réglementation, Structuration du Dossier Médical et Etude du Flux des Informations
- ✓ Analyse Stratégique de l'Environnement et des Potentialités de Développement : Rédaction de Projet Médical pour les Etablissements de Santé, Etude d'Impact Economique, Démarche Qualité, Gestion des Risques
- ✓ Industries Pharmaceutiques : Etudes Epidémiologiques, Etudes Marketing, Analyse du Cout de Pathologie

Séminaire d'Accueil des nouveaux internes de santé publique 2012

Lundi 29 Octobre

10h30	Présentation du Séminaire Alexandra DELANNOY
10h45	La Formation d'ISP et ses perspectives Frédéric DUGUÉ
12h	La Vie Associative Delphine LEFEUVRE
14h	La boîte à outils numérique : bureautique Joris MULLER
14h50	Pubmed & Gestion de Bibliographie Mélodie BERNAUX
16h	Recueil & Stockage des données Joris MULLER
16h45	Analyse des données – Outils Statistiques Maurice TANGUY

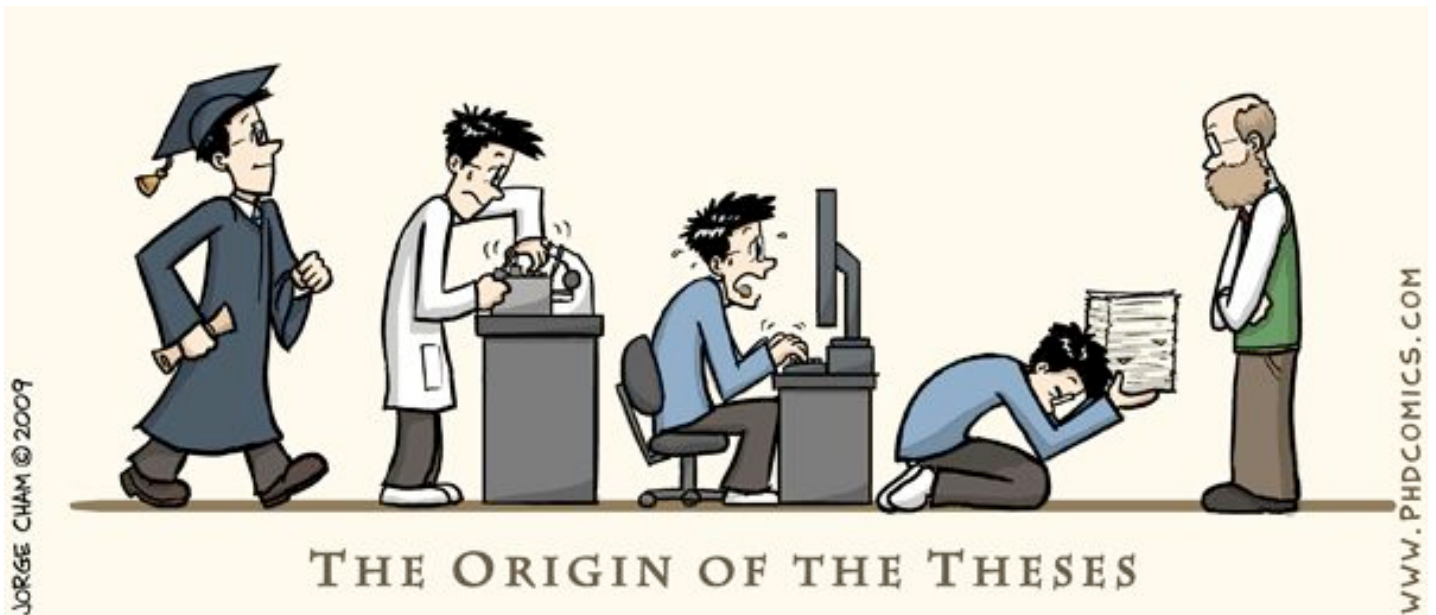
Mardi 30 Octobre

10h	PMSI – Information Médicale Charles LEQUEU
10h45	Recherche Clinique Samuel D'ALMEIDA
11h45	Epidémiologie Maurice TANGUY
13h30	Sciences Sociales & Santé Publique Frédérique DUGUÉ
14h20	Veille Sanitaire A préciser
15h20	Politiques de Santé Camille MORLIERE

Le Séminaire aura lieu à [l'Hôpital Cochin](#), rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris.

Nous vous attendons tous autour d'un diner le 29 Octobre à partir de 20h00 au [Fontana Rosa](#), boulevard de Garibaldi 75015 Paris.

Métro Sèvres Lecourbe, Cambronne ou Ségur



Travaux des Internes

Chers Collègues,

A chaque numéro, le bulletin du CLiSP se propose de mettre en lumière, votre travail et de l'offrir à l'appréciation des autres ISP mais également des AISP, enseignants et universitaires à qui le bulletin est diffusé, dans un espace dédié : la rubrique « travaux d'internes » !

Toutes les propositions sont les bienvenues : travaux de master, de thèse, article de fond sur un sujet qui vous intéresse etc... La date limite est la fin Décembre pour le prochain numéro mais vous pouvez continuer à envoyer vos propositions tout au long de l'année pour les prochaines éditions. Le choix du ou des productions mises en avant sera effectué par le bureau du CLiSP.

Dans ce bulletin, découvrez le travail de Delphine, gagnante du prix CAISP 2012, ainsi que les abstracts des communications orales du CAISP 2012.

N'hésitez pas à nous contacter pour tout renseignement complémentaire.

Modalités de soumission des articles

- précisez vos noms, prénoms, subdivision d'internat,
- contexte de réalisation du travail (stage d'internat, master, DU... etc)
- format word – 2 pages Arial 11
- illustrations à part au format image (jpeg, png, tiff...)
- une photo de vous

Mélodie BERNAUX

Vice-présidente
Bureau CLiSP 2012

contact@clisp.fr

Évaluation de la toxicité des thérapies ciblées chez les patients traités pour un glioblastome par radiothérapie : Méta-analyse d'essais de phases I et II

Delphine LEFEUVRE, ISP Nice

Abstract de la communication orale ayant remporté le prix du Congrès Annuel des Internes de Santé Publique 2012 – CAISP à Paris le 1^{er} Juillet 2012.

Découvrez l'intégralité des abstracts des communications orales présentées lors du CAISP 2012, à la suite du travail de Delphine.

CONTEXTE

L'association d'une thérapie ciblée au traitement standard du glioblastome (radiothérapie (RT) + Temozolomide (TMZ)) semble une approche prometteuse mais pose la question de la tolérance.

OBJECTIF

L'objectif était d'évaluer le risque d'effets indésirables sévères (EIS) présentés par les patients suivis pour un glioblastome participant aux essais de phase I ou II associant RT et thérapie ciblée et de le comparer au risque présenté par les patients recevant le TS.

MATERIEL ET METHODE

Une méta-analyse sur données résumées de toutes les études de phases I, I/II et II publiées entre 2000 et 2011, incluant des patients traités par RT+/- TMZ+thérapie ciblée pour un glioblastome, a été réalisée.

Le critère principal était le taux d'incidence (TI) global des EIS (grade ≥ 3).

Les critères secondaires étaient les TI des EIS spécifiques (thrombopénie, neutro/leucopénie, fatigue, toxicité gastro-intestinale, décès) et les survies médianes globale et sans récurrence.

L'hétérogénéité inter-études a été étudiée par des analyses stratifiées selon la phase, la thérapie ciblée, l'utilisation de TMZ et la durée de suivi.

RESULTATS

Dix-neuf essais, testant 9 thérapies ciblées, ont été inclus (phases I : 8, I/II : 3, II : 8).

Le TI des EIS parmi les 19 essais était de 69,3 pour 1000 personnes-mois (PM) (IC à 95 % : [52,3-90,7]), significativement plus élevé que dans la phase III de Stupp (2005) qui retrouvait un TI d'EIS de 20,7/1000 PM [17,8-24,0] dans le bras RT+TMZ.



Contact Delphine LEFEUVRE :
delphine_lefeuvre@yahoo.fr

Les TI des EIS spécifiques étaient significativement moins élevés chez les patients recevant le traitement standard.

Les survies médianes globales et sans récurrence n'étaient pas différentes ($p=0,39$ et $p=0,55$).

La durée de suivi était le seul facteur expliquant partiellement l'hétérogénéité inter-études (durées médianes de 1,4 à 34,0 mois).

CONCLUSION

L'ajout d'une thérapie ciblée à la RT semble augmenter substantiellement le risque d'effets indésirables sévères, mais ce résultat reste à confirmer.

Travail réalisé par

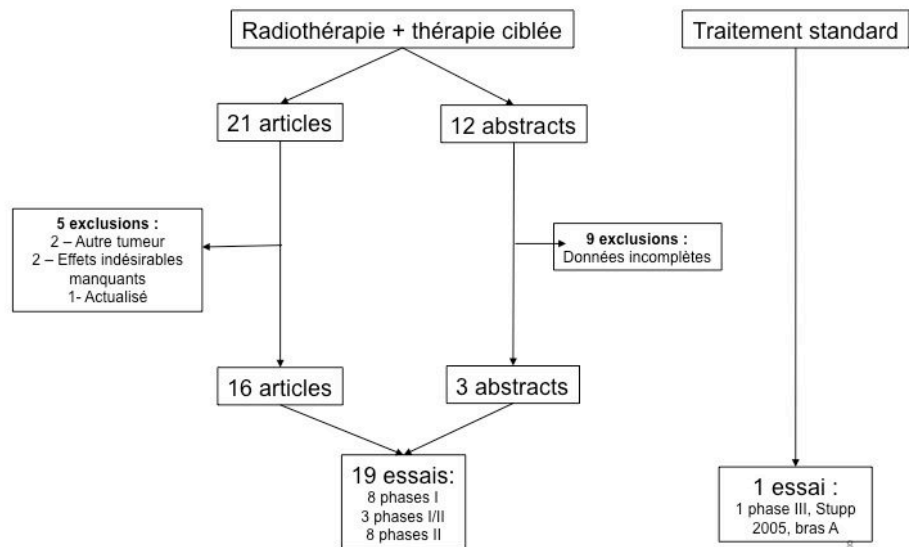
Delphine Lefevre², Marcos A dos Santos MD^{1,2}, Gwénaél Le Teuff², Damien Bouda², Eric Deutsch¹, Jean Pierre Pignon²

¹ Service de Radiothérapie
Institut Gustave Roussy
Villejuif, France

² Service de Biostatistique et
d'Epidémiologie
Institut Gustave Roussy
Villejuif, France

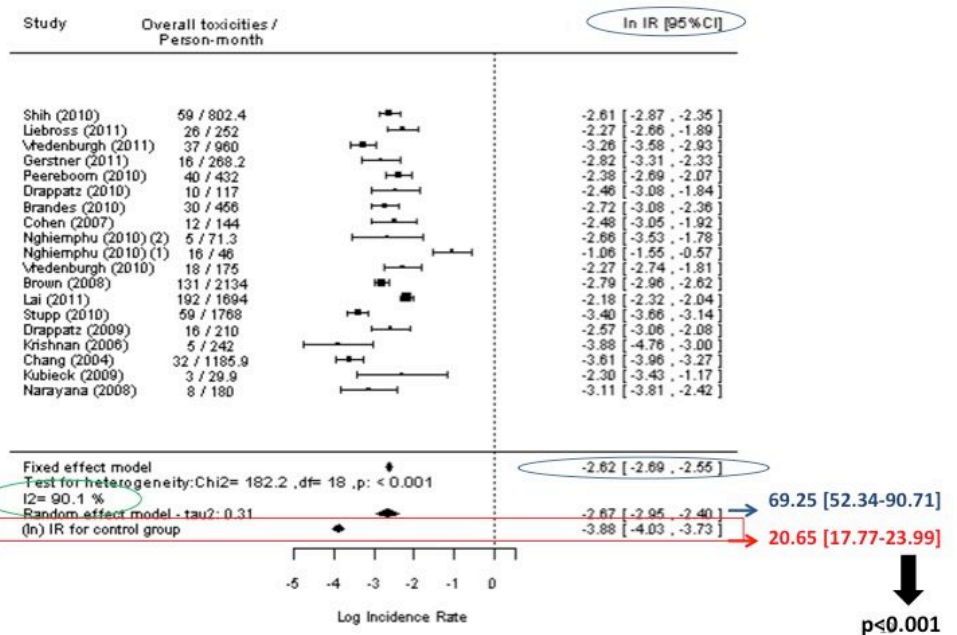
³ Service d'Oncologie
Institut Gustave Roussy
Villejuif, France

Fig 1 : Diagramme de Flux



Sur 21 essais publiés 5 ont été exclus : 2 parce qu'il n'était pas possible de différencier les patients ayant un glioblastome de ceux qui avaient une autre tumeur cérébrale, 2 parce que les auteurs n'ont pris en compte que les EIS qu'ils pensaient imputables au traitement (or selon le NCI, tous les EIS doivent être comptabilisés) et 1 parce que l'essai a été actualisé, et nous avons donc pris la nouvelle version.

Fig 2 : Taux des Incidences Globales des Effets Indésirables Spécifiques



[en bleu] il s'agit du log du TI poolé parmi les 19 essais inclus, lorsqu'on applique un effet fixe seul. Cependant, vu l'importance de l'hétérogénéité [i² en vert], un effet aléatoire a été appliqué au modèle de façon à prendre en compte cette hétérogénéité dans le TI. L'I² à 90% indique en effet une très grande hétérogénéité inter études. Elle pouvait être expliquée partiellement par la durée de suivi, mais pas par les autres variables étudiées en sous groupe. En rouge, nous avons le log du TI dans la phase III de Stupp (groupe contrôle).

Communications Orales du CAISP 2012

Intérêt d'une recherche qualitative sur les pratiques de soin : l'exemple des soins palliatifs en hospitalisation à domicile

Frédéric Dugué

Contexte

L'hospitalisation à domicile (HAD), mode de prise en charge souvent présenté comme une « alternative » à l'hôpital, connaît un essor important depuis une dizaine d'années.

Majoritairement polyvalente et généraliste, elle est appelée (comme d'autres structures non-spécialisées) à prendre en charge la fin de vie en développant la « démarche palliative ».

Le « modèle » des soins palliatifs n'a cependant pas été élaboré dans le contexte du domicile.

Méthode

Nous avons suivi pendant 18 mois une démarche institutionnelle engagée dans une HAD dans le contexte de la certification HAS, dans l'objectif de formaliser et d'améliorer la prise en charge en soins palliatifs, sous la forme de groupes de travail regroupant des professionnels soignants.

Une analyse inductive et compréhensive des observations et entretiens effectués a été conduite.

Résultats

Des résultats de 3 ordres peuvent être mis en avant. D'une part il appa-

raît que l'extériorité et la neutralité du positionnement de la recherche facilitent la description de l'*organisation effective* des soins.

Ensuite, le recours à un cadre d'analyse issu de la sociologie interactionniste permet de montrer la place centrale de la question de la connaissance partagée de la mort prochaine du patient dans les conditions de *mise en œuvre des soins*.

Enfin, la mise en évidence d'éléments implicites dans la démarche observée permet de souligner l'importance d'éléments propre à une *culture de soins* dans la diffusion des soins palliatifs.

Conclusion

Les méthodologies qualitatives de recherche permettent la mise en évidence de résultats qui leur sont propres.

Dans un contexte d'évolution de l'offre de soins mis en tension économique du système de santé elles peuvent s'avérer cruciales pour la mise en avant de certaines dimensions des pratiques de soin.



État des connaissances sur les encéphalites arbovirales

Clément Lazarus

Travail réalisé avec le Département International de l'InVS

Introduction

Dans un contexte où les facteurs favorisant les émergences se multiplient (augmentation du trafic aérien, commerce international, réchauffement climatique), il nous a semblé utile de réaliser une synthèse actualisée des connaissances concernant les encéphalites arbovirales par une revue de la littérature.

Objectif

L'objectif de ce travail est d'identifier les principaux éléments connus dans l'épidémiologie de ces virus, utiles dans une optique de veille sanitaire internationale.

Matériel et méthode

Notre travail s'intéressait à l'ensemble des encéphalites arbovirales chez l'homme, répondant à la définition suivante :

« *Tous virus ayant un mode de transmission vectoriel par l'intermédiaire d'un arthropode et dont la symptomatologie des cas graves humains est majoritairement encéphalitique* ».

Une revue de la littérature par l'intermédiaire d'une requête sur les bases de données PubMed et GIDEON nous a permis d'identifier 341 articles et d'identifier 26 virus répondant à la définition précédente.

Résultats

Notre revue de la littérature illustre la grande hétérogénéité de la famille des encéphalites arbovirales.

Outre la question de l'incidence et de la répartition géographique de ces virus, nous nous sommes attachés à mettre en lumière les principales différences clinico-épidémiologiques.

Discussion

La plupart des virus dont les caractéristiques épidémiologiques ont été présentées dans ce travail sont de contrôle difficile car leur mode de transmission implique la nécessité de mettre en place de mesures de lutte anti-vectorielle dont les résultats sont souvent incertains.

Conclusion

Alors que la question des émergences est de plus en plus posée, la distinction entre les différents virus est importante dans le cadre d'une veille internationale de qualité, tant pour l'analyse de signaux parfois peu spécifiques que dans la perspective d'une détection précoce de changements dans l'épidémiologie d'un virus donné.

Vaccination of Roma population in France : coverage and obstacle

C. Lazarus, S. Laurence, N. Drouot, JF Corty

Background

Medecins du Monde (MdM) is working since 1992 with Roma settled in and around major cities.

The objective of this study is to assess as accurately as possible immunization coverage for all vaccines required or recommended in France. The study seeks also to identify the causes and factors of non-vaccination.

Methods

This cross-sectional study used questionnaires covering living conditions, access to health insurance, immunization status and reasons for non-vaccination.

Univariate analysis was performed using appropriate parametric tests. For categorical variables, odds ratios are presented with their confidence intervals.

Results

281 persons from the Roma community were interviewed from July 2010 to June 2011 on 3 fields (Nantes, Strasbourg and Bordeaux).

The immunization coverage is generally satisfactory for the only vaccine mandatory, the DTP (84.3 % ; 95%CI = 76.0 % - 90.6 %).

But the coverage rates are much lower against measles, mumps and rubella (50.9 % ; 95 %CI = 41.1 % - 60.7 %), against Haemophilus Influenza B (48.1 % ; 95 %CI = 38.4% - 58.0 %), against Tuberculosis (38.9 % ; 95 %CI = 29.7 % - 48.7 %), against Pneumococcus (12.6 % ; 95%CI= 6.6 % - 19 , 7 %), against Meningococcus B (3.7 % ; 95%CI = 1.0 % - 9.2 %) and against Hepatitis (Hép B: 43,5 % : 95%CI=34,0 % - 53,4 %).

Children followed by the services of maternal and child protection or in school age are supposed to be more

protected and consequently more vaccinated, though only 52.7% (95% CI=42.0% - 40.4%) of children in school age were vaccinated.

The main reason for non-vaccination remains the lack of information: they didn't know where to go for vaccination (43.8 %; 95%CI= 33.3 % - 54.7 %), they didn't know their status or if they needed booster vaccination (19.1 %; 95%CI= 11.5 % -28.8 %).

Conclusion

Given the low rates of immunization coverage and the barriers identified, it is needed to adapt the strategies for prevention and vaccination, in close partnership with the key public services concerned (maternal and child protection and vaccination centers).

Concentrations plasmatiques de lipoprotéine (a) et risque de cancer.

Résultats de l'étude PRIME

Émilie MARRER^a, Aline WAGNER^a, Michèle MONTAYE^b, Gérard LUC^c, Philippe AMOUYEL^b, Jean DALLONGEVILLE^b, Pierre DUCIMETIERE^d, Annie BINGHAM^d, Dominique ARVEILER^{a,e}, Michel VELTEN^{a,e,f}

^aLaboratoire d'épidémiologie et de santé publique, EA3430, Université de Strasbourg, Faculté de médecine, Strasbourg emilie.marrer@laposte.net

^bLaboratoire d'épidémiologie et de santé publique, Inserm U744, Institut Pasteur de Lille, Université Lille Nord de France, Lille

^c Inserm U545, Service de recherche sur l'athérosclérose, Institut Pasteur de Lille, Université Lille Nord de France, Lille

^d Inserm, Université Paris-Sud, Villejuif

^e Département de Santé Publique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg

^f Département d'Information Médicale, Centre Paul Strauss, Strasbourg

Contexte

Un effet anti-angiogénique de la lipoprotéine(a) a été démontré par les études expérimentales. Cependant, l'association entre concentrations plasmatiques de lipoprotéine(a) et la survenue d'un cancer reste incertaine et peu documentée.

Objectif

L'objectif de cette étude était d'analyser cette relation dans une population française d'hommes d'âge moyen.

Méthodes

Les données de deux centres français de la cohorte PRIME ont été utilisées, représentant 5 237 hommes âgés de 50 à 59 ans indemnes de cancer et suivis durant 10 ans.

Les données socio-économiques, les habitudes de vie et les antécédents médicaux des participants ont été recueillis par questionnaire à l'inclusion.

Les concentrations plasmatiques de lipoprotéine(a) ont été mesurées à partir d'échantillons sanguins prélevés à l'inclusion.

La relation entre lipoprotéine(a) et incidence d'un premier cancer a été étudiée à l'aide de modèles à risques proportionnels de Cox, ajustés pour les principaux potentiels facteurs de confusion.

Résultats

Durant le suivi, 456 nouveaux cas de cancers ont été identifiés. Aucune association significative entre lipoprotéine(a) et survenue de cancer tous sites ou pour un site en particulier n'a été observée (HR pour les quartiles 2 à 4 versus 1, respectivement : 1,24 ; 1,11 ; 1,29 ; p=0,23).

Cependant, des concentrations plus élevées de lipoprotéine(a) semblaient être associées à un risque plus important de cancer tous sites, pulmonaire, colorectal ou associé au tabac ou à l'alcool.

Un risque plus faible de cancer de la prostate était observé pour des concentrations élevées de lipoprotéine(a) (p=0,12).

Conclusion

Aucune relation simple entre la concentration plasmatique de lipoprotéine(a) et la survenue d'un cancer n'a été observée dans cette étude de cohorte. Toutefois, des concentrations plus élevées de lipoprotéine(a) semblent être associées à un risque plus élevé de cancer.

Des recherches complémentaires sur la structure qualitative de la lipoprotéine(a) pourraient contribuer à éclaircir cette relation complexe.

Dépistage anonyme VIH : non-retour à la consultation de rendu des résultats – Paris, France

M. Laanani¹, C. Segouin¹, S. David¹, F. Vereecke¹, S. Camara¹, P. Troude^{1,2}

¹ Service de santé publique et économie de la santé - CDAG, groupe hospitalier

Lariboisière- Fernand-Widal-Saint-Louis, AP-HP, Paris, France

² Faculté de médecine, université Paris 7 Denis Diderot, Paris, France

Introduction

Un certain nombre de personnes qui consultent en centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) pour un dépistage VIH ne viennent pas chercher leurs résultats.

Notre objectif est de rechercher des facteurs associés au non-retour à la consultation de rendu des résultats de test VIH.

Méthodologie

Un questionnaire auto-administré est proposé à tous les consultants du CDAG de l'hôpital Fernand-Widal.

Il porte sur le motif de consultation, les prises de risque sexuel, l'usage de drogues, le risque ressenti de contamination par le VIH et comporte des données sociodémographiques.

Toutes les personnes ayant consulté en janvier-février 2011 pour un test de dépistage VIH ont été incluses dans l'enquête.

Leurs caractéristiques ont été comparées selon leur venue ou non à la consultation de rendu des résultats. L'analyse multivariée a fait appel à des modèles de régression logistique.

Résultats

710 personnes ont participé à l'enquête (88 %), parmi lesquelles 6 % ne sont pas venues chercher leur résultat. Cette proportion était identique parmi les non-participants.

ANOVA: ANALYSIS OF VALUE

IS YOUR RESEARCH WORTH ANYTHING?

Developed in 1912 by geneticist R.A. Fisher, the Analysis of Value is a powerful statistical tool designed to test the significance of one's work.



am i
wasting
my time?

Significance is determined by comparing one's research with the **Dull Hypothesis**:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 ?$$

where,

H_0 : the Dull Hypothesis

μ_1 : significance of your research

μ_2 : significance of a monkey typing randomly on a typewriter in a forest where no one hears it.

WWW.PHDCOMICS.COM
JORGE CHAM © 2007

The test involves computation of the *F'd* ratio:

$$F'd = \frac{\text{sum(people who care about your research)}}{\text{world population}}$$

This ratio is compared to the F distribution with $I-1, N_I$ degrees of freedom to determine a *p(in your pants)* value. A low *p(in your pants)* value means you're on to something good (though statistically improbable).

Type I/II Errors

The Analysis of Value must be used carefully to avoid the following two types of errors:

Type I: You incorrectly believe your research is not Dull.

Type II: No conclusions can be made. Good luck graduating.

Of course, this test assumes both Independence and Normality on your part, neither of which is likely true, which means *it's not your problem*.

travail, nous avons étudié l'ensemble des foyers de TIAC déclarés par le système de DO en France entre 1996 et 2010 par une méthode innovante à notre connaissance, reposant sur des modèles statistiques adaptés à l'analyse de séries temporelles, afin de quantifier la part prise par les différentes caractéristiques de la survenue d'une TIAC dans cette augmentation.

Le nombre de foyers de TIAC augmentait significativement en France entre 2006 et 2010, atteignant 116,4 % de hausse en 2009. Les foyers de TIAC à Salmonelles, qui représentaient 34,2 % des foyers entre 1996 et 2004, ne participaient pas dans cette hausse.

La part de l'augmentation due aux foyers de TIAC dont l'agent pathogène était inconnu variait de 48,3 % à 63,6 % entre 2006 et 2010. Ces foyers représentaient 18,7 % de l'ensemble des foyers entre 1996 et 2004.

Les TIAC dont l'aliment incriminé était inconnu, 26,6 % des foyers sur 1996-2004, représentaient 29,2 % à 70,2 % de l'excès entre 2006 et 2010.

Sur la même période, les foyers de TIAC en restauration commerciale, 23,2 % des foyers durant la période de référence, représentaient 31,9 à 45,2 % de la hausse et les foyers comprenant moins de 3 malades y participaient à hauteur de 26,5 % à 34,3 %, pour 15,8 % des foyers entre 1996 et 2004.

Nous n'avons pas mis en évidence d'élément compatible avec une modification importante de l'épidémiologie des TIAC entre 2006 et 2010, en dehors des éléments connus (en particulier une baisse des Salmonelles en France).

Les personnes habitant hors Île-de-France, les personnes consultant pour des signes cliniques d'infection sexuellement transmissible (IST), ainsi que les personnes ne pensant avoir aucun risque de contamination venaient significativement moins souvent chercher leur résultat.

Les femmes, les personnes ayant eu moins de partenaires sexuels dans l'année (<2), les personnes ayant déjà consommé des drogues intraveineuses et les personnes ayant un test VIH positif semblaient aussi revenir moins souvent.

L'âge et le niveau d'études n'étaient pas associés au retour à la consultation de rendu des résultats.

Conclusion

Ces résultats pourront aider les médecins à identifier, lors de la consultation de dépistage, les consultants à risque de ne pas récupérer leur résultat (en particulier les personnes habitant loin du CDAG ou consultant pour signes d'IST), dans l'optique d'entreprendre une démarche de « counselling » pré-test.

Augmentation des foyers de TIAC en France entre 1996 et 2010 : réelle ou effet surveillance ?

G. Bédubourg¹, G. Delmas², N. Jourdan Da Silva³, V. Vaillant², H. De Valk²

¹Centre d'Épidémiologie et de Santé Publique des Armées, Saint Mandé (94)

²Unité EAZ, DMI, Institut de Veille Sanitaire, Saint Maurice(94) Contact : gabrielbedubourg@hotmail.fr

La surveillance des maladies d'origine alimentaire permet d'orienter les mesures de prévention et de contrôle de ces maladies.

La déclaration obligatoire (DO) des Toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) en France montrait une importante augmentation du nombre de foyers déclarés entre 2005 et 2010. Il était nécessaire de déterminer si cette augmentation était réelle, due à une modification de l'épidémiologie pouvant nécessiter des mesures de contrôle, ou due à un biais de surveillance.

Pour répondre aux objectifs de ce

Plusieurs arguments étaient en faveur d'un effet de surveillance pouvant expliquer la hausse observée.

L'augmentation absolue et relative des TIAC survenant en restauration commerciale nécessiterait une étude plus approfondie pour en déterminer les causes.

Acute malnutrition in infants in Mayotte based on 31 cases

C. Lazarus, S. Laurence, F. Lubac, S. Poisson, S. Debuire, N. Drouot, JF Corty

French Programmes Directorate (DMF), Médecins du Monde

Background

The problem of acute malnutrition on the island of 29 Mayotte is a long-standing one and is well known, though few studies have been carried out on this subject.

Our paper is a description of the results of a series of 31 cases of acute malnutrition in children aged 0 to 59 months.

We have attempted to gain a better understanding of the socio-economic background, methods of treatment and eating habits of this group.

Methods

A multiple-choice questionnaire was issued to the person accompanying every child diagnosed as suffering from acute malnutrition about anthropometric data, social background, overall health status, dietary diversity and previous medical care.

Descriptive results are shown with appropriate indicators.

Results

We highlighted a prevalence rate for acute malnutrition of 7.3% [5% - 10.2%] in children aged 0 to 59 months seen in consultation by Doctors of the World in Mayotte. 39.3% of them had no access to running water and had clandestine paperless parents.

The average IDDS for weaned children was 3.3 [2.6 - 3.9]. 56.3% [29.9% - 80.2%] children had a low International Dietary Diversity Score (IDDS) (below or equal to 3).

Conclusion

Unless there is a strengthening of prevention, screening and treatment practices, the nutritional situation of a large number of children in Mayotte will become chronic and may even deteriorate.

Neurotoxicité des nanotubes de carbone :

Évidence de leur fixation sur les cellules neuronales humaines

Soraya Benderbous-Denis.

DES de Santé Publique. Université d'Angers, Unité INSERM U825, Toulouse.

Introduction

Parmi les nombreux nanomatériaux existants, les nanotubes de carbone (NTC) ont des propriétés particulières et un vaste domaine d'application. Quelles sont les conséquences de leur dispersion dans notre environnement, leur impact

sur les écosystèmes et en santé publique ?

Les NTC peuvent pénétrer l'organisme via l'inhalation, l'ingestion, le contact cutané et en cas d'applications biomédicales, la voie parentérale.

Le but de l'étude est de mettre en évidence un ciblage cérébral et de quantifier l'exposition de cellules neuronales humaines à des NTC.

Matériels et Méthodes

Nous avons développé une approche expérimentale originale basée sur le marquage de NTC par un agent magnétique, le Gadolinium. Les mesures de variation de la vitesse de relaxation magnétique T_1 en imagerie par Résonance Magnétique Nucléaire (Imageur 3T Philips de l'unité INSERM U825, Toulouse) sont proportionnelles à la quantité de NTC fixée ou internalisées sur les cellules.

Les cellules neuronales humaines (10^5 à 10^6 cellules, fig1) ont été cultivées *in vitro* après prélèvement chez des patients ayant subi une chirurgie cérébrale.

Résultats

Après incubation de quelques heures, une variation relative d'intensité de signal T_1 de 12% (IC : 8,6-19,8%) était détectée montrant que les NTC ont fixés ou se sont internalisés sur les cellules neuronales.

Conclusion

Les NTC sont capables de se fixer sur des cellules neuronales humaines. Notre méthode quantitative pourrait servir de détection *in vivo* chez l'homme pour des études de neurotoxicité.



L'occasion dans ces quelques pages consacrées aux AISP de découvrir ce qu'ils sont devenus...

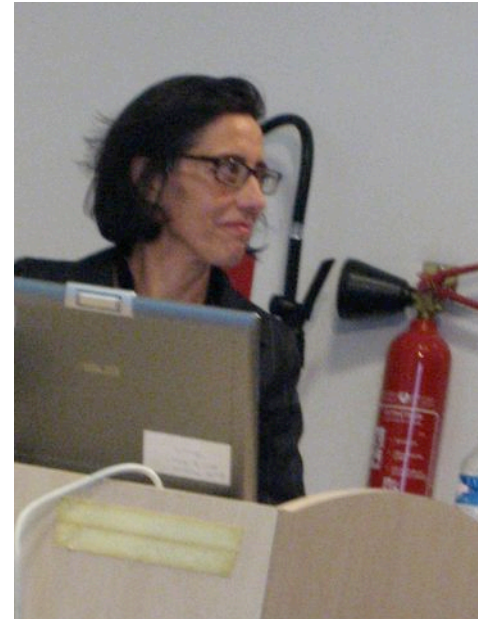
Devenir des AISP

Interview d'Annie SERFATY, AISP

Interview de Diane WILTZER, AISP

Interview AISP – Annie SERFATY

*PH, Responsable du Département d'Information Médicale,
Hopitaux Universitaires de l'Est Parisien*



MB - Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît

AS - J'ai été admise dans la filière Santé publique du concours de 1984 sur la région parisienne, première promotion du nouvel internat.

Après la validation des modules dans le cadre de la formation du Diplôme d'études spécialisée (DES), intitulé « santé communautaire et médecine sociale » et de mes stages d'internat, j'ai soutenu ma thèse de santé publique en décembre 1988, qui s'intitulait : « *L'infection par le VIH liée à l'usage de drogues injectables. Les axes de la politique de santé en France à travers les textes législatifs réglementaires et administratifs. Constats et Propositions.* » Sous la direction du Pr Marc Brodin, présidée par le Pr Jean-François Girard.

À l'issue de mon internat, j'ai voulu compléter ma formation de santé publique aux États-Unis. À l'aide de l'obtention d'une bourse, j'ai préparé un master à orientation Sciences Sociales, appliqué aux démarches de réduction des risques chez les usagers de drogues et le VIH dans le départe-

ment des Sciences sociales, avec Peter MESSERI et Ronald BAYER de l'école de Santé publique de Columbia Université à New York en 1989.

De mon retour des États-Unis, j'ai eu un premier poste de contractuel à la Division SIDA de la Direction Générale de la Santé (Ministère de la Santé). J'avais comme principales missions, notamment : la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues, la politique du dépistage volontaire de l'infection par le VIH, avec les Centres de Dépistage Anonymes et gratuit, la recherche en santé publique et l'international. J'ai gardé des activités d'enseignement et de recherche dans le cadre du Département de santé publique du Professeur Marc BRODIN.

La situation de contractuel en administration centrale devenait précaire. En 1995, j'obtiens le concours de Médecin inspecteur de santé publique. En 1996, j'obtiens le diplôme de santé publique de l'École Nationale de la Santé publique de Rennes, (actuelle École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) et je valide mon stage à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et

Sociales (DRASS) Ile de France. À l'issue, je suis nommée à la DRASS Ile de France, comme médecin inspecteur régional adjoint. J'ai eu en charge plus particulièrement la politique régionale en périnatalité, dont le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et sociale en Périnatalité, que j'ai beaucoup travaillé avec les professionnels de la périnatalité d'Ile de France et avec deux présidents de commission de la naissance Prs Emile PAPIERNIK et Claude LEJEUNE. J'ai eu à instruire les demandes d'autorisation des centres d'Assistance médicale à la procréation, à élaborer le contrat d'objectifs et de moyens sur les soins palliatifs, et à suivre les travaux de la Conférence Régionale de santé.

En 2000, j'obtiens ma demande de mutation au Ministère de la santé, en tant qu'adjointe au chef de bureau « Démocratie Sani-

taire » à la Direction Générale de la santé. J'ai eu comme missions, notamment celle sur les services téléphoniques santé, intitulée : « Veiller à une meilleure cohérence et efficacité des services téléphoniques relevant du champ de la DGS ».

J'ai notamment participé à la préparation de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (titre II - démocratie sanitaire), à celle du projet de loi relatif à la politique de santé publique de 2004, en coordonnant la mise en place des consultations régionales de santé (Circulaire DGS du 8 octobre 2002 relative aux consultations régionales) et aux travaux de définition, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du Plan régional de santé publique.

EN 2005, dans un contexte de RGPP (Révision générale des Politiques Publiques), le bureau Démocratie Sanitaire a été remanié.

Les différents remaniements, m'ont obligée à me remettre en question sur la place d'un médecin de santé publique dans une administration centrale, très près du politique, sur mon expertise acquise ou perdue dans le domaine de la santé publique.

Je voulais comprendre comment toutes ces politiques impactent l'usager de la santé. Je me décide

« *La pratique de la santé publique nécessite de naviguer entre plusieurs disciplines et dans différents milieux.*

Les stages d'internat doivent vous permettre de découvrir les places des différents acteurs, et institutions de la santé, de découvrir où sont produites les différentes bases de données en santé et comment les analyser : il faut aller découvrir.»

Annie SERFATY

à passer le concours de praticien hospitalier (PH) et je m'inscris en thèse à l'école doctorale d'Alain Jacques VALERON.

En 2007, j'obtiens un poste de chargée de mission sur le respect des droits des usagers. Dans le même temps, j'obtiens une autorisation pour un congé formation (2007-2008) afin d'avancer sur ma thèse portant sur l'évaluation des besoins de santé dans le cadre du réseau périnatal de l'est parisien, sous la direction du Pr Gérard BREART dans l'Unité INSERM U 953.

Je commence à m'insérer dans la sphère de l'hôpital, plus particulièrement sur Trousseau. Devant l'absence de médecin DIM depuis plusieurs mois, le directeur M Jacques MEYOHAS me propose d'aider le DIM. J'accepte, en précisant que je n'étais pas formée à produire le PMSI, même si j'ai utilisé les données dans le domaine de la planification en santé. C'était un pari pour moi et une opportunité de construire mon poste de PH, étant sur une liste

d'aptitude depuis 2005.

Après une année (2008/2009) de praticien attaché, puis de praticien contractuel en 2009/2010, je suis titularisée en juillet 2010. Actuellement, je suis PH responsable du Département d'information médicale sur les sites Trousseau, La Roche Guyon, Rothschild, des Hôpitaux Universitaires Est Parisien (HUEP). Je continue une activité de chercheuse à l'INSERM U 953 (Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants) et notamment sur l'analyse des données PMSI en périnatalité sur le réseau périnatal de l'est parisien.

MB - Pourquoi avoir choisi la Santé Publique ?

AS - Etudiante en médecine à la Pitié Salpêtrière, la médecine du monde était enseignée dans le cadre de la chaire de Santé publique du Professeur GENTILINI.

C'est ainsi que j'ai pu m'initier à la

médecine humanitaire, aux problématiques de santé publique dans les pays en développement. J'allais en effet écouter des cours dans les amphis et ce qui m'avait séduit le plus, c'est l'approche des maladies infectieuses et parasitaires dans leur environnement tant sanitaire, social, qu'économique.

Lors des résultats du concours de l'internat, j'ai fait le choix de la santé publique sur la région Ile de France, en orientant le choix de mes stages en infectieux et parasitologie et pays en développement. Lors des résultats de l'internat, j'étais alors en stage de médecine générale dans le service du Professeur BOUCHON à Charles FOIX (Ivry-sur-Seine). Je dois avouer que j'ai eu beaucoup de mal au bout de quelques mois intensifs à m'imaginer pratiquer mon métier au milieu de malades lourds. La survenue de maladies graves chez certains patients plus que d'autres m'intriguait.

J'étais révoltée de voir le parcours de certaines personnes âgées dans les méandres du système de soins, enfin arrivées dans un service ayant un accueil humain et adapté à ces personnes.

Au fond de moi même, j'avais envie de bouger les organisations, défendre la place des patients, comprendre ces inégalités face à la maladie et de replacer la personne dans un parcours entre la santé et la maladie.

Les échanges avec Sylvie LE-GRAIN et Williams DABS m'ont confortée dans mes choix. Ces choix correspondaient bien à mes attentes et à mon besoin d'être dans une approche holistique de la santé ou de la maladie, à l'instar de la médecine interne que j'avais découvert dans mes stages d'externat et d'internat à la Pitié Salpêtrière.

Mon choix était fait.

MB - Pouvez-vous nous raconter votre internat : stages effectués, travaux/études/ publications en tant qu'interne ; master, DU suivis?

AS - J'ai orienté mes stages d'internat de *médecine sur l'Inter-région Ile de France* dans des services en lien avec les maladies infectieuses et tropicales et la santé publique.

Après mon premier stage d'interne en médecine générale, j'ai pu choisir le Service des maladies infectieuses et tropicales / Institut de Médecine et d'Épidémiologie Africaine, du Professeur COULAUD, au C.H.U. Bichat-Beaujon-Claude Bernard, sur le site de l'Hôpital Claude Bernard (Paris). J'ai eu la chance d'avoir eu un stage avec des horaires aménagés, entre une activité clinique le matin avec des gardes et une activité de santé publique l'après-midi.

L'activité clinique avait une part importante de patients avec l'infection à VIH. Dans mon activité de santé publique, je participais à une enquête anthropologique sur les comportements alimentaires des femmes africaines et de leur bébé dans les maternités Delafontaine et Pitié Salpêtrière, avec une anthropologue américaine qui réalisait ses travaux en lien avec Dr Bernard LAROUZE.

L'expérience de ce stage m'a permis de donner des conférences d'internat sur les maladies infectieuses.

J'ai poursuivi avec un stage dans le Département de santé publique, service du Professeur BRODIN (Faculté Xavier Bichat (Paris) / Service d'Hygiène Hospitalière de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris).

J'ai participé à une enquête sur la morbidité hospitalière à l'hôpital Bichat et sur l'évaluation du taux de réception et d'utilisation du guide méthodologique « Surveillance des infections nosocomiales » élaborée par le Service d'Hygiène Hospitalière, épidémiologie des infections nosocomiales et hygiène hospitalière à l'APHP, avec Dr Serge GOTTOT.

Lors de ce stage, j'ai eu l'opportunité de participer au comité d'organisation du 14^{ème} Séminaire des internes (AP-HP), 15 – 17 avril 1986, Trouville et

13^{ème} Séminaire AP-HP de gestion hospitalière et d'économie de la santé : du 16 au 18 décembre 1985.

Mon troisième stage de santé publique a eu lieu dans le Bureau des « Maladies transmissibles, vaccinations et contrôle sanitaire aux frontières » de la Direction Générale de la Santé, Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi (Paris), où j'ai participé aux travaux de surveillance épidémiologique des cas de SIDA en France avec le Dr J.-B. BRUNET (validation des déclarations, saisie informatique et production de rapports : « Situation du SIDA en France au 30 juin 1986 et 30 septembre 1986 »). J'ai notamment participé à la surveillance épidémiologique des toxi-infections alimentaires collectives, où j'ai eu à faire une étude cas-témoin d'une toxi-infection alimentaire dans l'Aisne survenue en mai-juin 1986. Pendant ce stage, j'ai eu l'opportunité de participer à la session de Formation Continue « Maladies Sexuellement Transmissibles et Santé Publique » École Nationale de la Santé Publique (Rennes) : Surveillance et prévention du SIDA en France. 29 octobre 1986.

Pendant ces deux derniers stages, j'ai gardé une activité de consultation à Claude BERNARD avec les Pr Coulaud et Matheron.

J'avais commencé une activité à l'Association Aides, dans le cadre

du module « Santé communautaire » du DES. Je m'occupai du groupe « HIV et Toxicomanie ». Dans ce cadre, je suis intervenue au colloque : « SIDA, Droits et Libertés » 11-12 décembre 1987 AIDES/MDM Paris. La communication était intitulée : HIV et Toxicomanie : une éthique de l'information pour mieux gérer un risque de santé. VIH et Toxicomanie : Le rôle de l'information SERFATY A.

Pendant l'été 1986, n'ayant pu obtenir un détachement pour un stage en Afrique, j'ai fait un séjour de trois semaines à Pikine, banlieue dakaraise (Sénégal) pour une enquête exploratoire auprès des enfants malnutris, dans deux dispensaires de Pikine.

Cette étude exploratoire m'a servi dans le travail de recherche pour le DEA de Santé publique et pays en voie de développement, à Paris VI.

J'ai effectué un stage dans le Département de médecine tropicale et de parasitologie/Département de santé publique, service du Pr Marc GENTILINI, C.H.U. Pitié-Salpêtrière (Paris). Mes principales activités supervisées par Pr BRUCKER ont porté sur les consultations de conseil aux voyageurs, les consultations clinique du Pr Gilles Brucker, suivi des visites en hospitalisation, la mise en place d'un système de recueil des cas de SIDA diagnostiqués et suivis dans le service, enquête sur

la morbidité hospitalière au niveau du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, participation au remplissage des questionnaires et leur validation dans les services de cancérologie, participation au tour de gardes des urgences. J'ai eu l'opportunité dans le cadre de la journée d'information sur le SIDA, destinée aux étudiants (19 mars 1987, Jussieu - Paris VI), d'élaborer un poster (1). Dans le cadre de ce stage, j'ai pu m'inscrire au DEA de Paris VI : Santé Publique et pays en voie de développement que j'ai soutenu en juin 1988 (2)

J'ai poursuivi mes stages dans le Service de parasitologie et de mycologie, service du Pr LAPIERRE, Hôpital Cochin (Paris), supervisé par Dr Thierry ANCEL. Mes principales activités ont été la gestion des examens de laboratoire en mycologie sur l'hôpital Cochin, la participation à la consultation de médecine avec suivi de patients concernés par l'infection à VIH. J'ai participé au tour de garde des urgences médicales des internes.

J'ai effectué mon dernier stage au Bureau « Toxicomanie/Alcoolisme/Tabagisme » de la Direction Générale de la Santé, Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi (Paris), où ma principale activité était l'identification des différentes modalités d'adaptation de la prise en

charge des usagers de drogues concernés par l'infection par le V.I.H. dans le cadre du dispositif de soins aux toxicomanes (outils d'information, réseaux...). J'ai eu à organiser les premières réunions sur les programmes d'échange de seringues. Dans ce cadre, j'ai élaboré plusieurs rapports sur les données épidémiologiques sur l'infection par le VIH et les usagers de drogues (1-3).

Pendant mon internat, j'ai fait des remplacements en médecine générale (Cabinet médical des docteurs Mettetal et Bary) et en dispensaire Corvisart de la Croix-Rouge Française - Comité de Paris XIII^o), et dans le service de PMI (Protection Maternelle et Infantile Charcot, Croix-Rouge Française, Comité de Paris XIII^o).

J'ai suivi le cours d'épidémiologie appliquée et de biostatistique - Institut pour le Développement de l'Epidémiologie Appliquée (IDEA, Institut Mérieux) et Center for Disease Control and Prevention (Atlanta) à Veyrier du Lac en septembre-octobre 1988 et un DEA santé publique et pays en voie de développement à Paris VI.

MB - Quels souvenirs gardez-vous de votre internat ?

J'ai gardé de très bons souvenirs de mon internat même si l'intégration de la filière dans le paysage de la médecine était difficile à envisager dans les années 90.

J'ai été très intéressée par mes stages très diversifiés, qui m'ont fait découvrir le milieu hospitalier, le milieu universitaire et celui de la recherche, ainsi que celui de l'administration de la santé. La santé publique n'avait pas sa place comme aujourd'hui. Il a fallu défendre la place de la santé publique : entre les disciplines médicales et la santé publique et parmi les internes de santé publique ; avec ceux qui étaient heureux en santé publique et certains qui par défaut avaient choisi la santé publique.

Chacun de mes stages m'a beaucoup apporté. De mes souvenirs, j'ai beaucoup investi et in fine beaucoup travaillé, peut-être beaucoup trop. J'avais envie de découvrir les nombreuses facettes de la santé publique et de plus, il fallait asseoir sa place dans un univers où la santé publique était encore fragile dans les années 80-90.

MB - Quel poste occupez-vous aujourd'hui et quelles y sont vos principales activités ?

AS – À l'heure actuelle, je suis responsable médicale du Département d'Information Médicale (DIM) sur les sites Trousseau, La Roche Guyon, Rothschild, officialisé dans le cadre de l'organisation du DIM des Hôpitaux Universitaires Est Parisiens et j'ai une activité de chercheuse dans l'Unité INSERM U 953 Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et en santé des femmes et des enfants.

Mon activité principale est par définition « produire l'information médicale », c'est-à-dire le Programme Médicalisé des systèmes d'information (PMSI), sur les trois sites. Nous réalisons la production de l'information médicale PMSI T2A, pour la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des sites Trousseau et Rothschild, pour le PMSI Soins de suite et de réadaptation (SSR) des sites La Roche Guyon et Rothschild, et le PMSI psychiatrie en cours d'étude sur Trousseau.

Notre démarche est d'assurer l'enregistrement de l'ensemble des séjours, assurer une qualité de l'information médicale enregistrée par les acteurs par une analyse, un contrôle et la correction des dossiers selon les règles de consignes de codage, et assurer la valorisation des séjours à la hauteur de la prise en charge des patients pour chaque service.

Dans le cadre du GH HUEP, le DIM est référent pour les pôles

Périnatalité (MCO Trousseau), Pôle pathologie de l'enfant et de l'adolescent (MCO Trousseau), Pôle onco-hématologie (Trousseau, Saint Antoine, Tenon), Pôle polyhandicap pédiatrique (SSR La Roche Guyon), Pôle médecine physique et réadaptation, gériatrie (MCO et SSR Rothschild). Selon les pôles, le DIM participe en fonction des besoins aux réunions de bureau de pôle, de conseil de pôle et aux conférences budgétaires et élabore dans ce cadre des états des lieux sur l'activité. Pour chacun des pôles, sauf le pôle odontologie, un groupe de travail « Assurance qualité de la production de l'information médicale » qui peut se transformer en atelier codage, est installé et fonctionne ou en cours de fonctionnement.

Pour accomplir ses missions, le DIM fait un travail de proximité, d'animation et de coordination avec les services (de l'admission du patient, à l'enregistrement des données administratives et médicales – actes et diagnostics - et à leur valorisation) et les pôles.

L'équipe du DIM intervient dans les services, notamment en lien avec les médecins référents PMSI, les secrétariats médicaux, les chefs de service, les cadres des services cliniques et médico-techniques, le service informatique et la direction informatique du GH, les admissions, le département du dossier patient, les archives, les blocs opératoires, les laboratoires, l'équipe d'hygiène

hospitalière de TRS/LRG et RTH, le laboratoire de bactériologie/virologie, l'équipe des diététiciennes...

L'équipe DIM apporte sa contribution pour enregistrer, aider au codage, vérifier, corriger et valoriser les séjours. Le DIM TRS/LRG-RTH participe aux différentes instances ou commissions locales, notamment : le CLAN local (TRS/LRG et RTH), commission soins palliatifs, Cellule d'Identito vigilance, le CLIN. Il est le référent DIM GH à la Commission recherche de la CMEL et au CLAN du CMEL.

Nous réalisons des travaux d'analyse et d'étude dans l'aide à la décision en termes de planification de l'activité de l'hôpital et plus spécifiquement en périnatalité pour le GH, voire dans le cadre du réseau périnatal de l'Est parisien.

L'étude des données PMSI en périnatalité au niveau régional (PERINAT ARS) permet d'apporter une mesure du niveau de régionalisation des soins périnataux et des données d'activité du réseau de l'Est parisien. Nous réalisons des travaux d'assurance qualité de l'enregistrement et du codage des dossiers PMSI mort-né, qui sont inscrits dans un PHRC national en cours d'expertise.

MB - Pourquoi et comment avoir finalement fait le choix de votre activité actuelle ?

AS – Plus qu'un choix, j'ai envie de dire, c'est la rencontre entre des acteurs, des opportunités et des réalisations. Mon poste est le reflet de mon parcours professionnel, de mon parcours de formation, et de mes valeurs.

À un tournant où les administrations de la santé se sont vidées progressivement de leur expertise en l'exportant dans les Agences sanitaires, la place de l'expertise en santé publique m'a questionnée sur mes fonctions dans l'administration de la santé.

J'avais le sentiment, que la santé publique s'appuyant sur des valeurs universelles et humanistes, l'étude des dossiers en cours aurait du être poursuivi malgré les changements de gouvernement.

Faire aboutir des dossiers jusqu'à un certain point, et puis les voir mis dans un placard, sous prétexte que ce n'était plus un dossier d'actualité ou compte tenu de nouvelles urgences ou organisations, a commencé à m'agacer et je me suis dit que je n'étais plus faite pour continuer dans l'administration de la santé, après presque deux décennies en fonction ; en effet, agacée par une absence de continuité sur certains sujets ; du temps gâché à monter un projet à le construire avec des acteurs et puis arrêt sur image. J'ai eu aussi la crainte de perdre de l'expertise en santé publique. Ainsi, je me suis donc mise à préparer le concours de PH de santé publique pour re-

« J'ai trouvé très important d'avoir une activité clinique : c'est s'inscrire dans la vraie vie du système de santé. »

Annie SERFATY

tourner dans la sphère hospitalière et universitaire sans avoir de destinations préconçues, mais souhaitant travailler dans le domaine de la périnatalité. J'avais envie de revenir au plus près des patients et de l'usager de la santé. Je me suis donc inscrite au concours de PH en 2004 et que j'ai passé en février 2005. J'étais de même inscrite en thèse à Paris VI, à l'école doctorale *Pierre Louis de Santé Publique : épidémiologie et sciences de l'information biomédicale* (ED 393).

La rencontre avec le département de santé publique de l'hôpital Tenon (dirigé par Pr Antoine FLAHAUT, puis Pr Gérard BREART), avec lequel j'ai contribué à l'organisation d'une journée d'information à l'attention des usagers intitulée de la grossesse à la petite enfance dans l'Est parisien en décembre 2006, m'a permise d'intégrer les travaux du réseau périnatal de l'Est parisien. C'est ainsi que des vacances à Trousseau m'ont été attribuées sur le pôle périnatalité, étant alors en congés formation pour élaborer ma thèse, sous la direction du Pr Gérard BREART.

En ayant un terrain pour la thèse, les rencontres m'ont frayé un chemin pour la construction de mon poste de PH.

L'opportunité qui m'a été offerte de prendre le DIM était presque une garantie pour devenir PH demain. Je n'ai pas hésité très longtemps. En effet, n'ayant jamais managé la production de l'information médicale, je redoutais ma nouvelle mission, de produire le PMSI et de contribuer à réduire le déficit de 27 millions d'euros sur Trousseau. Cela a été un long processus d'apprentissage de plus de 8 mois pour me sentir à l'aise dans cette mission et de commencer à voir des résultats tant sur l'exhaustivité des séjours que sur la qualité du codage. Cela a été un investissement personnel très important.

Assez rapidement, l'équipe s'est étoffée avec un deuxième technicien de l'information médicale qui a été soutenue dans le cadre du pôle « Investigation biocliniques Pharmacie DIM », alors dirigé par le Dr Michèle BOULE.

MB - Êtes-vous satisfaite de votre parcours ? Qu'y avez vous particulièrement appris ? Qu'en reprenez-vous ?

AS - Je suis assez satisfaite de mon parcours, plutôt de mes ex-

périences très enrichissantes humainement et professionnellement. Ça n'a pas été un long fleuve tranquille. Je retiens un aspect principal de notre métier : la construction des connaissances pour élaborer un diagnostic en santé publique, dans le cadre d'une action collective.

Ce que je regrette le plus, c'est un manque d'écoute des acteurs sur le temps nécessaire, les ressources nécessaires à mener des travaux d'études en santé publique ou à élaborer des projets construits. La culture du « tout financier » où nous sommes condamnés en ce moment va nous conduire à un aveuglement de notre expertise de santé publique.

La contrainte qui impose d'aller vite pour récupérer des moyens quelques soit le chemin parcouru, sans tenir compte de l'inertie du système doit nous mettre en veille sur une éthique de la pratique de la santé publique.

MB - Comment voyez-vous la santé publique évoluer en France et plus particulièrement votre domaine actuel ?

AS - Juste difficile de répondre à cette question. Je formulerai une certaine prudence dans le métier de DIM qui est à l'interface entre une activité de soins et des recettes à récupérer, c'est-à-dire à

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 - BRUCKER G, SERFATY A., ROSENHEIM M., GENTILINI M. « **Information SIDA** » : *Histoire Naturelle de l'infection par le V.I.H. (Virus de l'Immunodéficience Humaine)*.

2 - SERFATY A. **Approche méthodologique pour une recherche sur les déterminants socio-culturels de la malnutrition protéino-énergétique - étude à Pikine (Sénégal)**. sous la direction du Dr Didier FASSIN.

3 - SERFATY A., LAPORTE A., FACY F., EBERT J., PETIT F., BRUNET J.-B. **L'infection à VIH chez les femmes consommatrices de drogues. Situation en France et perspectives**. Les Grandes Enquêtes, INSERM.

4 - SERFATY A. **Femmes consommatrices de drogues et sida : situation et perspectives**. Point Santé Enfance, 1988, 16:24.

5 - SERFATY A. **Les femmes consommatrices de drogues et SIDA. Les actes du symposium sur les femmes et la drogue**, Guerzensee-Suisse, 12-15 avril 1988, cadre : Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe.

l'interface entre les services et l'administration.

S'il est nécessaire que nous managions la production de l'information médicale avec les médecins producteurs de soins, afin que l'activité soit recensée au plus juste, il ne faut pas négliger le cap de la qualité et de la sécurité des soins.

Je dis juste prudence dans les limites que nous devons nous imposer dans la confidentialité des données, dans le partage des tâches et dans la défense de la place des départements d'information médicale en termes d'expertise et de moyens. Les départements d'information médicale ne doivent pas rester isolés et j'espère que demain, ils pourront s'intégrer dans des départements de santé publique.

MB - Quels conseils donneriez-vous aux internes désireux de travailler dans votre domaine ?

AS - C'est un métier qui nécessite d'avoir une vision transversale du système de santé, d'avoir l'habitude et la démarche pour construire une action collective dans l'hôpital ou dans un groupe hospitalier tout en ayant des compétences techniques. La place d'un médecin DIM dans un hôpital est très intéressante, à ce titre. Elle est néanmoins difficile à tenir compte tenu des con-

traintes du système, d'une activité rythmée par les remontées des données d'activités et demain de facturation. Il y a une vigilance à avoir sur les contours du poste et les moyens en regard.

La pratique de la santé publique nécessite de naviguer entre plusieurs disciplines et dans différents milieux. Les stages d'internat doivent vous permettre de découvrir les places des différents acteurs, et institutions de la santé, de découvrir où sont produites les différentes bases de données en santé et comment les analyser : il faut aller découvrir.

Pour bien évaluer les apprentissages et bénéficier des acquis de votre stage, il faut faire des retours d'expériences : prenez le temps de circonscrire votre activité en début de stage avec votre responsable de stage et de finir votre stage par une production et si possible une publication, sous forme de retour d'expérience, de rapport ou une communication.

J'ai trouvé très important d'avoir une activité clinique : c'est s'inscrire dans la vraie vie du système de santé.

Interview Diane WILTZER

*Coordinateur de Zone en Vigilance
Groupe L'Oréal*

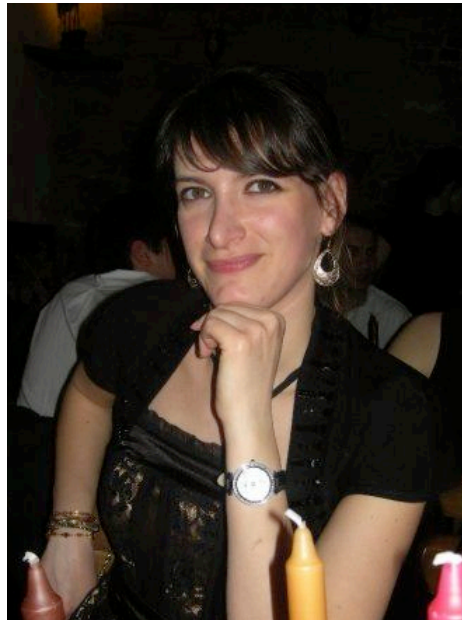
MB - Peux-tu te présenter s'il te plaît ?

DW - Je suis médecin de Santé Publique en activité, j'ai fini mon internat fin 2010, passé ma thèse en janvier 2011 à Strasbourg et je travaille actuellement comme médecin de cosmétovigilance pour le groupe L'Oréal à Paris. J'ai réalisé mon externat à la faculté de Saint-Antoine à Paris puis mon internat de Santé Publique à Strasbourg à partir de 2006. Puis j'ai rejoint ma famille à Paris.

MB - Pourquoi as-tu choisi la Santé Publique ?

DW - Je n'avais jamais envisagé cette spécialité avant de passer mon internat. Au moment du choix, je ne souhaitais pas m'enfermer dans une spécialité, j'avais peur de me lasser et aucune ne m'attirait particulièrement.

La Santé Publique m'apparaissait comme une spécialité très transversale mais j'avoue qu'il y avait une grande part d'inconnue : les externes passent peu ou pas par ces stages et dans leurs cours la Santé Publique n'intervient pas beaucoup hormis sous forme d'épidémiologie



qui ne représente qu'une seule branche de la spécialité.

MB - Peux tu nous raconter ton internat : stages effectués, travaux/études/ publications en tant qu'interne, master, DU?

J'ai fait beaucoup de stages car j'ai changé tous les 6 mois pour plusieurs raisons : en faire un maximum pour connaître les différentes branches de cette spécialité à multiples facettes avant de m'orienter vers l'une d'elles, me former au mieux (notamment sur les logiciels, les graph, etc.) et élargir mes compétences pour mon poste futur.

Ce n'est pas toujours facile car les travaux qu'on nous confie prennent souvent plus de six mois.

J'ai commencé par des stages classiques : Hygiène Hospitalière, très proche de la clinique que j'avais encore du mal à quitter. J'ai d'ailleurs pensé à passer un DU de maladies infectieuses mais l'inscription et la validation s'est avérée plus compliquée que prévu pour les internes de Santé Publique.

En hygiène j'ai travaillé à la surveillance des bactériémies nosocomiales. L'hygiène m'ayant plu je passais le DU correspondant que je validais par un mémoire sur la contamination des tenues hospitalières en service de réanimation. Puis j'ai fait un stage au Département d'Information Médicale où j'ai travaillé sur le codage du PMSI, participé aux consultations de statistiques. Parallèlement à cette première année j'ai fait des gardes aux urgences ce qui n'a pas toujours été évident car nous ne sommes plus confrontés à la clinique.

J'ai ensuite découvert l'Observatoire Régional de la Santé où j'ai appris à utiliser en particulier Excel lors de tableaux de bord sur le cancer colorectal mais aussi participé à la gestion du réseau REIN (Réseau d'Epidémiologie et d'Information en Néphrologie).

J'ai choisi par la suite un stage à l'Association Eve, une petite structure chargée de la prévention du cancer du col de l'utérus. En effet,

en juin 1990 la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a décidé de mettre en place des programmes-pilotes dans trois départements volontaires : le Doubs, la Martinique et le Bas-Rhin. J'y ai assuré la gestion des données fournies par les laboratoires de cytologie et d'anatomie pathologique et par les gynécologues. J'ai, à ce moment, fait une communication orale dans un congrès de cytopathologistes et de gynéco-obstétriciens à Paris sur les remaniements dystrophiques et les frottis utérins inflammatoires à partir de statistiques réalisés sur 55 271 frottis.

Ensuite je suis passée à la Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie d'Alsace où j'ai débuté mon travail de thèse qui portait sur le cancer du larynx après exposition professionnelle à l'amiante et aux vapeurs d'acide sulfurique parmi les malades exonérés du ticket modérateur.

C'est un peu prêt à ce moment-là que j'ai commencé à m'intéresser

à l'impact environnemental sur la santé humaine. Malheureusement le master correspondant (Évaluation et Gestion des risques environnementaux et professionnels) n'était pas dispensé à Strasbourg mais à Nancy. À Strasbourg c'était le traditionnel master d'Épidémiologie et de Recherche clinique. Je m'y suis quand même inscrite malgré la distance et ça a été encore plus compliqué que prévu puisque finalement les cours étaient dispatchés également sur Paris (Faculté René Descartes) et sur Rennes (École des Hautes Études de Santé Publique). I

I m'a fallu à un moment même négocier 2 mois d'absence sur deux stages mais j'ai convaincu ma maître de stage à la DRASS (actuelle ARS Alsace) que je saurais assurer mon travail même à distance : c'est l'avantage des internes en santé publique. Cela ne posait aucun problème pour le second stage qui commençait un mois plus tard car mon maitre de stage faisait partie du master.

À la DRASS j'ai travaillé à l'Inspection Régionale et Dépar-

tementale de la Santé sur une étude de faisabilité d'un projet d'hébergement en continu des adultes épileptiques.

J'ai effectué mon dernier stage dans un laboratoire d'allergologie et pathologies respiratoires. J'y ai travaillé sur les aldéhydes et le dioxyde d'azote dans l'habitat et leur impact sur l'asthme allergique. J'y suis resté finalement un an car j'étais décidée à travailler sur l'impact environnemental.

J'y ai conduit une seconde étude clinique sur la rhinite allergique aux acariens ainsi que participé à un poster sur l'efficacité des textiles anti-acariens.

MB - Quels souvenirs gardes-tu de ton internat ?

DW - Je garde un très bon souvenir de mon internat mais ce n'est pas dû à ma formation.

Effectivement je me suis sentie peu soutenue, peu guidée par les enseignants. On était très livrés à nous même. Je crois que les enseignants s'attendaient à ce qu'on suive la même voie qu'eux, ou des voies très classiques comme l'hygiène, le DIM ou laboratoire d'épidémiologie, et qu'on finisse dans leur service.

De plus chaque année il n'y avait que deux places à pourvoir à l'internat autant dire que nous n'étions pas nombreux.

« Il faut vous renseigner un maximum sur toutes les possibilités qu'offre la Santé Publique surtout si vous n'avez pas encore fait votre choix. »

Le meilleur moyen est d'assister aux séminaires que leurs syndicats régional et national organisent. Il faut aussi diversifier ses stages. Enfin allez jusqu'au bout de vos envies ! »

Diane WILTZER

Parmi les anciens il y avait eu une « hémorragie » : places non pourvues, changement de vocation, etc. Donc pas grand monde pour montrer la voie et nous rassurer sur notre choix. Cela commençait mal. Heureusement les syndicats interrégional (ADISPNE) et national (CLISP) nous ont beaucoup aidés.

L'ADISPNE m'a permis de rencontrer les internes de Lorraine, Champagne-Ardenne, Bourgogne, Franche-Comté. Elle a aussi organisé comme chaque année une semaine d'intégration pendant laquelle des médecins de Santé Publique en activité venaient nous présenter leur métier et leur parcours et nous prodiguer leurs conseils.

À cette occasion je crois qu'il y a une phrase qui nous a tous marqués et qui est restée présente dans mon esprit tout au long de mon internat. Cela disait un peu près :

« *En Santé Publique il y a moyen d'y faire son trou !* »

Cela voulait dire qu'il n'y avait pas d'inquiétude à avoir pour l'avenir car cette discipline était assez large et nous allions forcément trouver quelque chose qui nous plait dedans.

Le CLISP nous a permis de rencontrer encore d'autres internes de France et de découvrir d'autres professions.

Alors qu'au début je pensais que la Santé Publique tournait autour de

« Ma mission est d'assurer le suivi post marketing de la tolérance des produits L'Oréal pour cette zone, de coordonner l'ensemble des activités de cosmétovigilance dans le respect des législations des pays en vigueur, et au bénéfice permanent des consommateurs. »

(...) mon métier me passionne ! »

Diane WILTZER

quelques domaines qui se compartaient sur les doigts d'une main je me suis aperçue qu'il y en avait en fait bien plus que ça.

Aujourd'hui encore je sais que je ne les connais pas tous. Mon poste actuel en est un parfait exemple.

MB - Quel poste occupes-tu aujourd'hui et quelles y sont tes principales activités ?

DW - Aujourd'hui j'occupe le poste de coordinateur de zone en vigilance dans le groupe L'Oréal.

La zone dont j'ai la responsabilité est la zone francophone, qui regroupe à la fois la France et la

Suisse (à l'exception de la Belgique). En effet, le groupe ayant une activité internationale la surveillance porte sur de nombreux pays regroupés en zones.

Ma mission est d'assurer le suivi post marketing de la tolérance des produits L'Oréal pour cette zone, de coordonner l'ensemble des activités de cosmétovigilance dans le respect des législations des pays en vigueur, et au bénéfice permanent des consommateurs.

Pour comprendre en quoi consiste ce poste il faut revenir sur la définition du mot cosmétovigilance.

Au même titre que la pharmacovigilance et le médicament la cosmétovigilance est un système de surveillance et d'enregistrement des effets indésirables liés à l'utilisation des cosmétiques, permettant de les répertorier et de centraliser les informations les concernant dans le but de mieux les prévenir.

C'est aussi une obligation réglementaire pour les industries des cosmétiques.

MB - Pourquoi et comment as-tu fait le choix de cette activité ?

L'ORÉAL

DW - C'est lors de mon master que j'ai eu connaissance de l'existence de la cosmétovigilance. Celle qui devenir ma N+2 par la suite était venue nous dispenser un cours. Cela me tentait mais ce n'est que bien plus tard que j'ai eu connaissance d'un poste vacant dans son département et que je m'y suis présentée.

J'ai postulé à plusieurs offres d'emploi. À cette occasion je me suis confrontée à la difficulté de l'entretien d'embauche auquel, nous étudiants en médecine, nous n'avons jamais été préparés.

Pourquoi j'ai choisi cette activité ?

À l'époque j'étais sur le point d'accéder un poste d'assistante en hygiène hospitalière dans un grand hôpital parisien. Mais la perspective de devoir faire des articles scientifiques, des cours, et toutes les obligations d'un chef de clinique en plus de mon activité ne m'attirait pas ainsi que les horaires.

D'ailleurs la carrière hospitalière attire de moins en moins de jeunes médecins.

J'ai commencé à penser au monde de l'entreprise même si j'avais des doutes sur le plan de la sécurité de l'emploi. J'ai alors repensé à L'Oréal et appris qu'un poste se libérait.

MB - Comment envisages-tu la suite de ton parcours ?

DW - J'envisage la suite de mon parcours au sein du groupe. En effet, la société encourage ses collaborateurs à progresser, évoluer et mon métier me passionne.

Cela va dépendre aussi des postes que l'on me proposera à l'avenir.

MB - Es-tu satisfaite de ton parcours ? Qu'y as tu particulièrement appris ? Qu'en retiens-tu ?

DW - Si c'était à refaire j'aurais fait exactement pareil !

Je considère que j'ai eu beaucoup de chance en ayant la possibilité de faire ce master recherche puis en trouvant ce poste et enfin en étant embauchée.

En y repensant je pense que j'ai fait ce qu'il fallait : faire un maximum de stages avant de prendre sa décision ce qui m'a permis aussi de bien me former car chaque stage a ses spécificités, sa manière de travailler, ses méthodes, ses outils, etc.

Je me dis aussi que finalement j'ai bien fait d'aller jusqu'au bout de mes idées, mes envies bien qu'au premier abord ce n'était pas le chemin le plus facile.

Je pense qu'il vaut mieux s'orienter vers quelque chose qui nous plait

vraiment que suivre la voie habituelle simplement parce que c'est la plus simple, celle que tout le monde prend sans savoir vraiment si cela va nous plaire mais parce que c'est rassurant.

MB - Quels conseils donnerais-tu aux internes désireux de travailler dans ton domaine ?

DW - Je conseillerais aux internes d'effectuer des stages en dermatologie ou allergologie, de se familiariser avec les bases de données, d'effectuer un master ou un DU en rapport avec la toxicologie.

Et pourquoi pas si c'est possible un stage en pharmacovigilance cela serait encore mieux.

Il faut qu'ils se renseignent un maximum sur toutes les possibilités qu'offre la Santé Publique surtout s'ils n'ont pas encore fait leur choix.

Le meilleur moyen est d'assister aux séminaires que leurs syndicats régional et national organisent. Il faut aussi diversifier ses stages.

Enfin allez jusqu'au bout de vos envies !



EuroNet MRPH

Chers ISP,

Nous sommes fiers de vous livrer dans ce numéro du Bulletin du CLiSP la version finale des statuts d'EuroNet MRPH, ainsi que celle du règlement intérieur.

En toute transparence, vous pourrez vous documenter sur notre mode de fonctionnement ainsi que nos objectifs précis. Cette démarche vous donnera peut-être envie de nous rejoindre dans cette aventure humaine singulière...

N'hésitez pas à nous contacter pour de plus amples informations.

Best regards,

Mohammed-Béçhir BEN HADJ-YAHIA

benhadjyahiabechir@yahoo.fr



European Network of Medical Residents in Public Health

OFFICIAL STATUTES

DEFINITION

Subscribers to these present statutes founded an association governed by the French law of July 1st, 1901 and the French decree of August 16th, 1901. The title of this association is European Network of Medical Residents in Public Health.

The European Network of Medical Residents in Public Health (Euronet MRPH) is a network of national associations of medical residents in Public Health in Europe. It is a non-governmental, independent, and not-for profit international organization.

CONTEXT

The idea of a network emerged in 2008 at the initiative of French and Italian residents, who decided to collaborate in setting up a common protocol for a survey on the satisfaction of residents about the quality of respective residence programs.

This successful experience brought about the idea of extending this kind of collaboration to other projects and countries. Spanish residents joined the group in 2009.

The network was founded on June 30th, 2011 in Paris by the Collège de Liaison des Internes de Santé Publique (CLISP) (France), Consulta degli specializzandi SItI (Italy) and Asociación Española de residentes de medicina preventiva y salud pública (ARES) (Spain).

It was later joined by the Specialty Registrar's Committee (SRC) of the Faculty of Public Health (UK) on November 12th, 2011 in Zaragoza (Spain) and by Portugal on May 5th, 2012.

MISSION

To promote professional excellence among Medical Residents in Public Health in Europe by exchanging scientific knowledge and training opportunities in one hand, and organizing common activities, in the other hand.

SPECIFIC OBJECTIVES

- To encourage initiatives by national associations of medical residents in Public Health which share our missions.
- To initiate and collaborate in common projects.
- To enhance professional skills by organizing and coordinating European congresses and meetings for medical residents in Public Health.
- To define and achieve a common core of professional competences in Europe.
- To promote and facilitate foreign internships in Europe for medical residents in Public Health.
- To strengthen the role of public health medical doctors in Europe by communicating on their specific professional competences and working fields to the medical and non-medical communities.

HEAD OFFICE

The permanent address of the head office is: Maison des Associations, 72/74 rue Royale 59800 Lille France
The head office can be relocated by a mere decision of the Executive Committee.

CONDITIONS OF ACCESS & WITHDRAWAL

To be a member of the network, an organization should be composed of medical residents in public health.
All requirements needed to apply to membership are described in the membership section (article 2) of the procedures and policies document.
All exceptions to these rules should be discussed between the members until a consensus is achieved.
It is possible to have more than one organization from each country. However, only one vote will be taken in consideration for each country in the decision-making processes.

GOVERNANCE

The network is run by an Executive Committee (EC) and an Executive Desk (ED). A minimum of four and a maximum of six representatives from each country are appointed to the Executive Committee.
The official language is English.
EC members are responsible for proposing and discussing the network's projects and directives. Detailed composition, tasks and activities of both the ED and EC are defined in the Policies and Procedures document (article 3 -4 -5)
The official denomination "network project" shall be given for projects approved by the sufficient majority of the EC, as defined in article 5 of the Policies and Procedures document, even when not all member countries are partaking the project.
If a member country opts out from a project, it quits claim on the decision process relative to the implementation of the project.
Every project undertaken by the Network will specify which Euronet MRPB countries have agreed with it.

FUNDING

Applications for specific funding could be filled for individual network projects and running costs. Members cannot be paid for their network related activities, but reasonable expenses for the association can be covered.

UPDATES & CHANGES OF THE STATUTES

Changes of the statutes should be accepted by all the associations. They need to be approved during one of the network meetings.

DISSOLUTION

The dissolution of the European Network of Medical Residents in Public Health can be decided by at least the two thirds of the countries during an Euronet MRPB meeting.

European Network of Medical Residents in Public Health

POLICIES & PROCEDURES

DEFINITION

In accordance with the association statutes, the policies and procedures are established and amended by the executive desk.

The objective is to specify the points which are not provided for in the statutes especially the statutes relating to the internal administration of our association :

- Memberships
- Setting up and Functioning of the executive committee, the executive desk and the annual general meeting
- Tasks and activities of the committee
- Responsibilities and appointment of the committee
- Purpose and evolution of the website .
-

MEMBERSHIP

Two sorts of membership

Full membership

Full Membership is open for national public health medical residents associations in Europe (WHO/EURO definition of Europe).

Full membership includes the following:

- Participation in all EuroNet activities
- Representation at the Executive Committee meetings
- Representation on the EuroNet Executive Desk (including voting rights)
- Eligibility to nominate repre-

- representatives for Executive Desk roles
- No time limit on full membership

Individual Membership

Individual Membership is open to public health medical residents from European countries where it is not possible for residents to establish a National Association fulfilling the requirements of EuroNet. Individual membership is renewed yearly.

Individual membership includes the following:

- Observer status in EuroNet Executive Committee meetings (excludes voting rights)
- Inclusion in EuroNet communications and newsletters
- Participation in all EuroNet activities (projects, conferences, etc)

Membership Application Process

Requirements to apply for Full Membership

A formal national organisation of public health medical residents exists which represents at least 51 % of the country, that fulfil the definition of a National Association. If more than one association exist in the country, for instance a group of regional associations, each association shall provide at least one member in the executive committee in order to have a complete representation of the country.

- Representation on this national organisation is elected democratically
- This national organisation has agreed (in majority) that they wish to join EuroNet
- This national organisation effec-

tively acts as a communication network to and from all public health residents in the country

- The organization must have formal terms of reference and be able to demonstrate its democratic process of representation and communication to the wider population of Public health Residents in that country.

The EuroNet Executive Committee would request the following information:

- Goals of the national organisation
- Frequency of organisation meetings
- Number of members
- Process of democratic representation on the national organisation

This information is circulated among the Executive Desk and approved if the applicants can demonstrate they meet the criteria for full membership. In exceptional circumstances, if criteria are not applicable, unanimity is necessary for access of a new Association.

Requirements to apply for Individual Membership

If no national organisation is available or if a national organisation is unwilling to become a full member, individuals from that country can apply for membership by sending an email to the Executive Desk.

Applicants will be required some follow up documentation on the specifics of public health residency in their country. This information is circulated among the Executive Committee

who will decide on membership. In exceptional circumstances, if criteria are not applicable, unanimity is necessary for access of a new Association.

Withdrawal conditions

Withdrawal from Euronet MRP is possible by sending an official communication to the Executive Desk. Such communication should be signed by the formal representatives of the withdrawing national association and is effective immediately.

FUNCTIONS OF THE EXECUTIVE DESK

The ED is composed of two representatives of each country, nominally appointed. These two representatives are to be chosen among those already appointed at the Executive Committee. At least one of the two executive desk members from each country should be a national association Desk Member. Whenever one of the two representatives of a country is absent, he/she will be represented by another member of the Executive Committee from the same country. The ED is responsible for final decision making in the network.

President

The presidency is a representative function. The president has no decision making power, but promotes exchanges between members of the network and conducts meetings. The president is the official spokesperson for outside interlocutors and signs official documents.

Vice-president

The vice-presidency is a representative function. The vice-president takes the presidency in case of resignation of the president. The vice-president helps the president coordinating pro-

jects and accomplishing functions. He/she establishes communication with partners and other associations. He ensures the network visibility.

Secretary

The secretary writes reports on the meetings. The secretary archives all work documents, reports on the meetings, mails. He/she manages the mail box and helps the president to promote exchanges between members of the network and organize the Network agenda.

Treasurer

The treasurer looks for funding for running cost and specific network projects. The treasurer registers and administers the bank account.

Vice-treasurer

The vice-treasurer is in charge of the network finances in case of resignation of the treasurer. For practical reason, the bank account being registered in France, the Vice-treasurer has to be French. The treasurer and the vice-treasurer shall be both qualified to administer the bank account.

Webmaster

The webmaster updates and modifies the website, considering administrative aspects (registrations, member list, website plan, general design, view statistics).

Countries shall alternate every year in each function, following country alphabetical order, with the exception of the webmaster. The webmaster is elected based on competence and availability. Re-elections for the same functions are not allowed.

With a concern for representativity, the executive desk and executive committee is composed, as far as possible, of one resident of each year.

EXECUTIVE COMMITTEE

The administrative board is opened to all the public health residents members from any association that has been elected for membership in our association (according to membership rules described in article 2).

RUNNING OF THE COMMITTEE

The ED should meet at least once a year at the initiative of one member at a time, with orders of the day. If possible, at least two representatives of the Executive Committee of each member association will attend their respective countries association meetings. Minutes are not systematic and shall be distributed to all committee members..

Except in exceptional circumstances, the date of the next meeting shall be determined after the end of each meeting. This date must be notified in the meeting report. The Executive desk may make further to invite any person whose presence is deemed relevant, according to the order of the day.

Any member of the executive committee is free to suggest the inclusion of items on the order of the day, he must ask the request to the president or all other member of the executive desk.

Projects shall be approved by two thirds of the voting members, even when not all member countries are partaking the project.. Each country shall provide at least 4 voting members to be represented in the network, more if they can all provide the same number of voters.

Bureau du CliSP

Collège du CliSP 2012-2013

Frédéric DUGUE

Président

[frederic.dugue /at/ gmail.com](mailto:frederic.dugue/at/gmail.com)

Mélodie BERNAUX

Vice-présidente

bernaux.melodie /at/ wanadoo.fr

Delphine LEFEUVRE

Secrétaire Générale

delphine_lefeuvre /at/ yahoo.fr

Nadia OUBAYA

Secrétaire Générale adjointe

nadia_oubaya /at/ yahoo.fr

Camille BEGUE

Trésorière

bequecamille12 /at/ gmail.com

Maurice TANGUY

Trésorier Adjoint

mtanguy /at/ gmail.com

Antoine NEURAZ

Webmaster

antoine.neuraz /at/ gmail.com

Jerôme de LAUNAY

Chargé de la Réforme de la Formation

jerome_delaunay /at/ yahoo.fr

Alexandra DELANNOY

Chargé du Réseau AISP

adelann /at/ gmail.com

Ile de France

Frédégonde ABOUT

fredegonde.about /at/ gmail.com

Patrick Samuel D'ALMEIDA

dalmeidapatrik /at/ laposte.net

Nord Ouest

Thibaut BALCAEN

dirz59 /at/ hotmail.com

Dimitri CHOURCHOULISS

dimitri.chourchoulis /at/ gmail.com

Nord-Est

Maxime DESMARETS

maxime /at/ me.com

Joris MULLER

Joris.muller /at/ etu.unistra.fr

Ouest

Camille BUSCAIL

Camille.buscail /at/ gmail.com

Solène HOUDARD

solene.houdard /at/ hotmail.com

Rhône-Alpes Auvergne

Blandine BINACHON

blandinebinachon /at/ hotmail.com

Anne-Marie DOLS

mashma /at/ hotmail.fr

Sud

Mickael THUILLIER

m_thuillier /at/ hotmail.fr

Nicolas GUIBERT

nicolasraphael /at/ hotmail.fr

Sud-ouest

Morgane DONADEL

leatepfe /at/ yahoo.com

François MONTASTRUC

françoismontastruc /at/ hotmail.fr

CliSP



CliSP – Collège de Liaison des Internes de Santé Publique

15, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris

www.clisp.fr

contact@clisp.fr



Bulletin n°19, Octobre 2012

Conception et réalisation : Mélodie BERNAUX

Equipe de Rédaction : Mélodie BERNAUX, Delphine LEFEUVRE, Joris MULLER

