

Octobre 2014

BULLETIN NUMÉRO 25

CLISP

Collège de Liaison des Internes de Santé Publique

VI^e SÉMINAIRE D'ACCUEIL
DES NOUVEAUX INTERNES
Paris, les 27 et 28 octobre 2014

SOMMAIRE

- P03 - Edito du Président
- P06 - Actualité en Santé Publique
- P07 - L'épidémie à virus Ebola en Afrique de l'ouest
- P10 - L'information médicale, un métier d'avenir
- P13 - Résumés du CAISP
- P22 - Interview AISP : Dr Mohamed-Bécher Ben Hadj Yahia
- P26 - Interview : Pr Isabelle Durand-Zaleski
- P30 - EuroNet MRPH : mot de l'équipe française
- P31 - Les news du réseau – le meeting de Palerme



ÉDITO DU PRÉSIDENT

BIENVENUE DANS UNE FILIÈRE D'EXCEPTION

Bienvenue à tous les nouveaux internes qui ont choisi la Santé Publique ! Vous ne le savez peut être pas encore, mais vous avez choisi une filière d'exception ! En effet, la Santé Publique est une spécialité hors du commun, qui regroupe une multitude de domaines plus passionnants les uns que les autres.

Que vous soyez intéressés par la recherche clinique ou la santé internationale, les politiques de santé, la veille sanitaire, l'informatique ou encore l'industrie pharmaceutique, vous saurez trouver votre voie. Tellement de choix sont possibles ! Vous pourrez aménager votre formation et en faire un cursus à votre image.

Avec de l'envie et de la motivation, vous pourrez atteindre des postes à hautes responsabilités, et ce quel que soit le domaine que vous aurez choisi.

Les profils de formation que crée l'internat de Santé Publique sont très demandés sur le marché du travail. Il faut savoir que notre domaine est ouvert à des professionnels ayant des formations autres que médicales. Néanmoins, les connaissances et les compétences

durement acquises au cours de vos études de médecine sont une plus value de taille. L'expérience de la pratique médicale au cours des stages et la connaissance du fonctionnement des établissements de santé sur le terrain apportent une vision que seuls les professionnels sortant de l'internat de Santé Publique possèdent.

A l'occasion de ce séminaire d'accueil, vous pourrez découvrir une partie des vastes possibilités qui s'offrent à vous, commencer à vous faire une idée de ce que sera votre internat et entrevoir les possibilités de carrière qui vous ouvrent les bras.

VALORISATION ET PROMOTION DU DES

Afin de faciliter l'accès à des postes toujours plus variés, que ce soit au niveau national ou international, et d'apporter une meilleure contribution à l'amélioration de la santé en général, le CliSP travaille à valoriser notre formation.

Cette année, une campagne de promotion de la Santé Publique sera débutée. Son objectif est simple : informer les professionnels de santé sur les compétences des internes de Santé Publique.



Cette valorisation passera par l'information des étudiants en médecine pour lesquels la Santé Publique reste, il ne faut pas se le cacher, une filière méconnue et peu attrayante. Mais le travail devra aussi se faire auprès des médecins et des hautes instances, pour lesquels notre formation unique est un atout du fait de sa transversalité et sa multidisciplinarité.

En effet, la Santé Publique prend une place de plus en plus importante dans les politiques de santé, le développement de la prévention, l'évaluation des pratiques, l'amélioration de la qualité des soins et de la santé globale. Autant de raisons qui font que des personnes formées et hautement compé-



La Santé Publique est une spécialité hors du commun, qui regroupe une multitude de domaines plus passionnants les uns que les autres

(...)

Cette année, une campagne de promotion de la Santé Publique sera débutée. Son objectif est simple : informer les professionnels de santé sur les compétences des internes de Santé Publique.

(...)

La Santé Publique est une spécialité d'interface, qui relie les acteurs de santé



tentes dans ces domaines sont aujourd'hui nécessaires.

CONSOLIDATION DES ACQUIS

Bien sur, cela ne se fera pas au dépend de tous les autres projets du CliSP qui visent à simplifier et améliorer la formation des internes de Santé Publique. Les différents travaux, projets, partenariats établis ont pour but d'établir un socle de connaissances et un vrai réseau professionnel.

Vous trouverez sur le site du CliSP une liste de références bibliographiques qui vous permettront d'appréhender les différents domaines de la Santé Publique, ainsi qu'une liste des Master 2 accessibles aux internes et ayant un intérêt en Santé Publique. Nous travaillons aussi sur l'amélioration de notre formation, puisque cet été, le CliSP a participé aux échanges qui ont eu lieu au ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche sur la réforme du 3ème cycle des études médicales. Un cahier des charges faisant des propositions sur notre formation a été constitué, suite aux résultats d'un questionnaire envoyé à tous les internes de Santé Publique d'une part, et grâce au référentiel de formation qui avait été établi avec la participation des collègues d'enseignants d'autre part.

Concernant notre réseau, il s'enrichit avec Euronet MRPH, qui

regroupe des internes de Santé Publique européens et permet de faciliter l'accès à des stages à l'étranger.

Nous gardons enfin le contact avec les anciens internes de Santé Publique, pour connaître les débouchés auxquels nous pouvons prétendre, les qualifications nécessaires dans certains domaines et aussi profiter de leur expérience. Comme vous pourrez le constater dans l'interview publiée dans ce bulletin, nous avons beaucoup à apprendre d'eux.

UN INTERNAT D'INTERFACE

Vous l'aurez compris, malgré le grand nombre de projets menés à bien au cours des dernières années ou ceux à venir, il reste beaucoup à faire pour améliorer la formation des internes et valoriser leurs compétences. La communication est un point clé pour faire évoluer la vision que les professions de santé ont de la Santé Publique. Il faut savoir que, contrairement à l'image de l'interne restant derrière son écran à longueur de journée dans une pièce sombre des sous-sols de l'hôpital, la Santé Publique est une spécialité qui nécessite de nombreux contacts. En effet, quel que soit leur domaine de compétence, les professionnels de Santé Publique sont en relation avec des médecins, des politiques, des administratifs, parfois même des malades, et, la plupart du temps,

ils font le lien entre toutes ces personnes. La Santé Publique est une spécialité d'interface, qui relie les acteurs de santé.

Le CliSP essaie aussi d'être au plus proche des internes de Santé Publique, de façon à servir d'interface entre eux, les enseignants, certaines sociétés savantes et les autorités responsables de notre formation.

Vous pouvez contribuer aux avancées de notre spécialité, en apportant votre aide aux groupes de travail responsables des projets

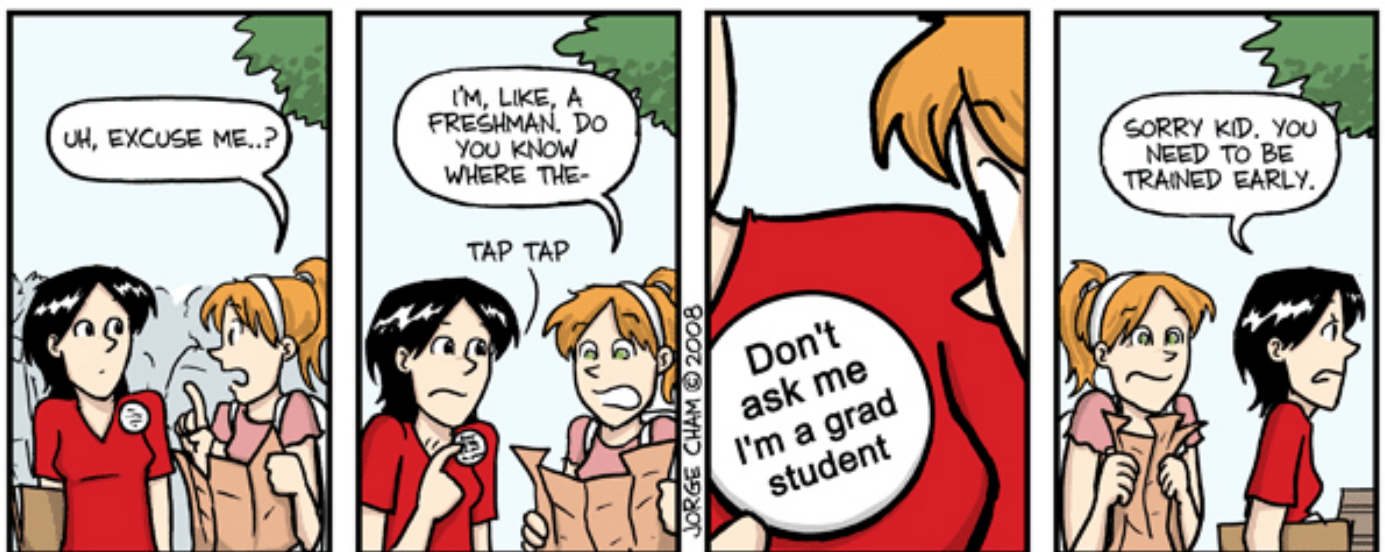
et en assistant aux différentes réunions du CliSP, afin d'apporter votre point de vue sur votre nouvelle spécialité. Plus vous serez nombreux, plus nous pourrons aller loin dans nos projets et avancer sur l'identité de notre spécialité.

Alors n'hésitez pas, parlez aux autres internes, aux membres du CliSP, donnez votre opinion sur le monde la santé.

Soyez acteurs de l'évolution de la Santé Publique !



N'hésitez pas, parlez aux autres internes, aux membres du CliSP, donnez votre opinion sur le monde la santé. Soyez acteurs de l'évolution de la Santé Publique !



WWW.PHDCOMICS.COM

« Piled Higher and Deeper » by Jorge Cham
www.phdcomics.com

Une nouvelle rubrique fait son apparition dans le bulletin ! Elle vise à donner une information vulgarisée, un point de vue sur un sujet d'actualité en Santé Publique. Ce mois-ci, retrouvez un article sur le virus Ebola, qui a fait la une des journaux de l'été...

Dans cet espace, vous pouvez vous exprimer sur un sujet qui vous intéresse, un fait d'actualité, une réflexion de fond... en lien avec la Santé Publique bien sûr ! Enrichissez-le avec vos idées, vos particularités et vos envies !

Envoyez-nous des contributions pour nourrir cette rubrique !

Marie Moitry

Rédactrice en chef du bulletin

Contact : marie.moitry@etu.unistra.fr

L'ÉPIDÉMIE À VIRUS EBOLA EN AFRIQUE DE L'OUEST

QU'EST CE QUE LE VIRUS EBOLA ?

Le genre Ebola virus appartient à la famille de virus Filoviridae, qui compte trois genres et cinq espèces distinctes. Il est responsable de la maladie à virus Ebola, autrefois appelée aussi fièvre hémorragique à virus Ebola.

COMMENT SE TRANSMET-IL ?

L'hôte naturel de la maladie est vraisemblablement une espèce de chauve-souris frugivore. **Il s'agit d'une zoonose**, qui se transmet de l'animal vers l'homme suite à un contact rapproché avec du sang, des sécrétions, des organes ou des liquides biologiques provenant d'animaux infectés. La transmission à l'homme se fait soit directement par les chauves-souris, soit indirectement, par les primates, porcs-épics ou antilopes eux-mêmes contaminés.

La contamination interhumaine directe se fait par contacts entre une peau ou une muqueuse lésée et des liquides biologiques tels que le sang, les sécrétions ou des contacts avec des organes. Les contacts au cours de rites funéraires peuvent s'avérer dangereux. Une transmission indirecte est également possible, par l'intermédiaire de surfaces contaminées.

La durée d'incubation du virus est de 2 à 21 jours. Les patients sont contagieux dès lors que les symptômes sont apparus et le restent tant que le virus est présent dans le sang et les sécrétions.

QUELS SONT LES SYMPTÔMES D'UNE INFECTION À VIRUS EBOLA ?

L'infection par le virus se caractérise par l'apparition brutale de fièvre, une asthénie intense, des myalgies, arthralgies, céphalées et irritation de la gorge. Ces symptômes sont ensuite suivis de vomissements, diarrhée, éruption cutanée et insuffisance rénale ou hépatique. Dans certains cas, des hémorragies internes et externes peuvent se déclarer.

Le taux de létalité de la maladie dépend des souches virales circulantes et varie de 25 à 90%, avec une moyenne de 50%.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS ?

Pour le moment, aucun vaccin ni aucun traitement spécifique n'ont été homologués, mais des essais cliniques sont en cours. Le traitement curatif n'est pas spécifique, et consiste en une réhydratation et

un transfert éventuel vers une unité de soins intensifs.

A QUELLE FRÉQUENCE SURVIENNENT LES FLAMBÉES DE FIÈVRE HÉMORRAGIQUE ?

La première poussée de fièvre hémorragique Ebola est survenue en 1976 en République Démocratique du Congo. Elle tient son nom de la rivière Ebola, située à proximité du village de Yambuku, où son apparus les premiers cas.

Les infections à virus Ebola sont fréquentes en Afrique Centrale.

Entre 2000 et 2012, pas moins de 14 flambées de maladie ont été recensées. Le virus circule habituellement en Afrique centrale, le plus souvent au Congo, au Soudan ou en Ouganda.

QUID DE L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE ?

Le virus circule actuellement en Afrique de l'Ouest, soit à plus de 2 500 km des foyers habituels de la maladie. La souche circulante est la souche Zaïre, dont le taux de létalité atteint 90%.

Le « cas zéro » a été identifié en Guinée, dans une zone située à la frontière du Libéria et de la Sierra Leone. Il s'agit d'un enfant de 2

- Le « cas zéro » a été identifié en Guinée, dans une zone située à la frontière du Libéria et de la Sierra Leone.

- Le bilan de l'OMS en date du 14 septembre fait état de 5 335 cas probables, confirmés ou suspects et de 2 662 morts.

- Le nombre de 20 000 cas pourrait être atteint d'ici au mois de novembre.

ans, décédé le 6 décembre 2013. À partir de ce foyer, l'épidémie s'est ensuite étendue fin mars au Libéria puis en Sierra Leone. Fin juillet, des cas probablement importés ont été signalés au Nigeria, puis fin août au Sénégal. À cette même période, des cas sont survenus en République Démocratique du Congo, mais il s'agit d'une flambée distincte de celle qui sévit en Afrique de l'Ouest.

L'épidémie actuelle est la plus sévère depuis l'apparition du virus en 1976. Jusqu'ici, le nombre maximal de personnes atteintes n'avait pas dépassé 424, chiffre atteint lors de l'épidémie survenue en 2000 en Ouganda.

Le bilan de l'OMS en date du 14 septembre fait état de 5 335 cas probables, confirmés ou suspects et de 2 662 morts. La croissance de l'épidémie est exponentielle et le 23 septembre, une étude publiée dans le NEJM estime qu'à ce rythme, le nombre de **20 000 cas** pourrait être atteint d'ici au mois de novembre.

EN QUOI CONSISTE LE PLAN D'ACTION DE L'OMS ?

L'OMS a publié le 28 août dernier une feuille de route pour la gestion de l'épidémie.

Son objectif est d'assister les gouvernements et les partenaires dans l'évaluation de l'intensité de l'épidémie et l'affectation des ressources disponibles. Elle vise aussi à coordonner l'aide internationale.

Elle identifie **trois catégories de pays** en fonction de l'intensité de l'épidémie :

- les pays ayant une transmission étendue et intense (Guinée, Libéria, Sierra Leone)
- ceux ayant quelques cas ou une transmission localisée (Nigeria, Sénégal)
- les pays frontaliers avec des zones de transmission active (Bénin, Burkina-Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Mali, Sénégal).

En fonction de cette classification, les mesures proposées dans cette feuille de route sont variables.

Trois axes d'action correspondant à trois objectifs majeurs ont été définis. Des indicateurs permettront d'évaluer la progression vers la réalisation de ces objectifs.

- **Objectif 1** : Appliquer le plan d'action sur l'ensemble des territoires géographiques concernés par une transmission intense.
 - Objectif opérationnel : renverser la tendance actuelle d'extension de la maladie dans les 3 mois, stopper la transmission dans les capitales et les ports d'importance et stopper la transmission résiduelle sous 6 à 9 mois.
- **Objectif 2** : Assurer l'application immédiate et urgente du plan d'action autour d'un cas de maladie dans les pays ayant une transmission localisée.

- Objectif opérationnel : stopper la transmission de la maladie autour d'un cas index dans un délai de 8 semaines.
 - **Objectif 3** : Préparer tous les pays à détecter et à répondre au plus vite à des expositions au virus, en particulier les pays frontaliers à ceux où l'épidémie est étendue ou ayant de fréquentes liaisons aériennes avec ceux-ci.
- L'OMS a estimé à 490 millions de dollars le budget nécessaire à la mise en place de ce plan d'action. Depuis sa publication, l'OMS diffuse régulièrement des rapports de situation. Le quatrième est paru le 18 septembre dernier.
- Un dispositif de **surveillance épidémiologique**, piloté par l'Institut national de Veille Sanitaire. Il s'accompagne de mesures de prévention et de dépistage des voyageurs en provenance de pays touchés par l'épidémie.
 - Un dispositif de **détection et de prise en charge** de possibles cas suspects.
 - Un dispositif de **prévention et d'information** à destination des professionnels de santé, des voyageurs et du grand public.

- En France, plusieurs dispositifs ont été mis en place par le ministère de la santé: un dispositif sanitaire [...], un dispositif de surveillance épidémiologique [...], un dispositif de détection et de prise en charge de possibles cas suspects [...], un dispositif de prévention et d'information à destination des professionnels de santé, des voyageurs et du grand public.

- L'OMS a estimé à 490 millions de dollars le budget nécessaire à la mise en place de ce plan d'action

ET EN FRANCE ?

Plusieurs dispositifs ont été mis en place par le ministère de la santé:

- Un **dispositif sanitaire** assurant la coordination interministérielle et l'information des administrations, professionnels de la santé et compagnies de voyageurs

LIENS UTILES

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/>

<http://www.sante.gouv.fr/epidemie-d-ebola-en-afrique-les-mesures-des-autorites-sanitaires,15397.html>

Article rédigé en septembre 2014

L'INFORMATION MÉDICALE, UN MÉTIER D'AVENIR

Dans le vaste monde de la santé publique, l'Information médicale constitue certainement un cas à part. De par son apparition relativement récente, de par l'importance numérique de ses professionnels, de par son rôle pour le moins stratégique dans les établissements de santé, et enfin de par la complexité particulière des compétences nécessaires à son exercice.

La création de cette fonction remonte aux années 80, où l'on observe deux faits disjoints en apparence : la mise en place de la dotation globale de financement (1984), et la création en 1982 d'un modèle de description médicalisé de l'activité hospitalière dénommé « projet » puis « programme de médicalisation des systèmes d'information » (PMSI). Ce programme impliquait que les établissements de santé décrivent systématiquement leur activité d'hospitalisation avec des indicateurs médicaux normalisés, aux fins – initialement – de statistiques. Afin d'accompagner techniquement la mise en place de cette production et d'en analyser les résultats, des moyens spécifiques ont été créés : les départements d'information médicale étaient nés. Les années 90 ont été consacrées à la montée en charge de ce système d'infor-



mation, et à la préparation au véritable objectif : la tarification à l'activité (T2A), effective à partir de 2004.

En référence à ses origines, la fonction DIM a connu deux évolutions majeures. En premier lieu, la complexité croissante du modèle a entraîné une croissance quasi-exponentielle des compétences requises. Et en second lieu, la fonction est devenue une fonction hautement critique depuis la mise en place de la T2A. Mais en quoi consiste précisément la fonction DIM ? Elle est en fait constituée de deux grandes sous-fonctions : d'une part la production de l'information médicale nécessaire à la T2A, et d'autre part toutes formes de traitement sur ces données principalement aux fins de gestion.

Citons : l'analyse de l'activité, la préparation et le suivi de l'exercice budgétaire, l'expertise médico-économique, et l'expertise stratégique. La collaboration sur des sujets de recherche clinique ou épidémiologique est également possible, selon le contexte de l'établissement. On peut mentionner que le DIM peut être impliqué dans la gestion des archives, et qu'il est supposé l'être dans la maîtrise d'œuvre du système d'information, également selon le contexte propre à chaque établissement.

Comme on le voit, la performance de la fonction DIM a des incidences concrètes sur celle de l'établissement. En premier lieu, la qualité de la production de l'information est étroitement corrélée à la performance de la recette, et donc à l'équilibre budgétaire de la structure. Une politique volontariste de qualité de l'information se traduit classiquement par une augmentation de la recette de plusieurs millions d'euros par an, selon la situation initiale et la dimension de la structure. Il est superflu, dans le contexte économique particulièrement tendu que nous connaissons, d'insister sur l'importance de ce point. Mais le DIM intervient également très significativement dans le pilotage de

la structure : médico-économique et stratégique notamment.

Il s'en déduit que le DIM ne peut qu'avoir un positionnement particulier dans la structure. En premier lieu et si l'on considère les différentes fonctions de santé publique pouvant exister dans un établissement, il s'agit d'une fonction support, à l'instar d'un service d'hygiène ou d'un service qualité ou d'évaluation, et à la différence d'un service de recherche clinique, de biostatistiques ou d'épidémiologie. Ceci implique un lien particulier avec les instances chargées du pilotage de l'établissement, incluant en premier lieu la Direction. Ce lien a vocation à être d'autant plus fort que la fonction DIM est, comme nous l'avons dit, particulièrement critique.

Quelles sont les compétences requises pour exercer la fonction de DIM ? Elles sont à la fois étendues et spécifiques, et constituent une forme de syncrétisme de disciplines aussi disparates que les statistiques, l'informatique, l'économie, le contrôle de gestion et la gestion dans un sens plus large, le droit, les sciences de la qualité et de la gestion, le management – une équipe DIM pouvant se composer de plusieurs dizaines de personnes dans certains cas – et, last but not least, une connaissance solide des pathologies et des actes médicaux, et des outils permettant leur description. A ces disciplines fondamentales s'ajoute la connaissance approfondie du dispositif réglementaire et tech-

nique spécifique à la T2A. A ces savoirs s'ajoute un savoir-faire très particulier, fait de détermination et de diplomatie : il est hasardeux de diriger un DIM en l'absence d'un minimum de sens politique.

La question du positionnement des DIM dans la structure constitue le premier problème de la profession. De l'analyse objective de la situation se déduit qu'à ce jour il n'existe pas de solution institutionnelle allant de soi. Mais le problème est également compliqué par l'existence non rare de postures idéologiques, soit de la part de certains directeurs n'admettant pas qu'une fonction de gestion critique puisse s'accompagner d'une indépendance de l'expertise, soit de la part de certains médecins DIM considérant qu'une fonction médicale ne peut se compromettre avec l'exécutif. Il s'ensuit une grande diversité dans le positionnement institutionnel des DIM, et des situations très personne-dépendantes et à ce titre plus ou moins performantes et plus ou moins sereines. La solution de principe passe par la reconnaissance de la part des Directeurs de la spécificité de l'expertise DIM et par le respect de celle-ci, et de la part des médecins DIM de l'acceptation d'un positionnement spécifique impliquant une relation privilégiée et une grande synergie avec l'exécutif. Compte-tenu de la sensibilité du sujet, l'intervention du législateur paraît hautement souhaitable, même si certains établissements ont su inventer



La performance de la fonction DIM a des incidences concrètes sur celle de l'établissement

(...)

Il s'agit d'une fonction support, à l'instar d'un service d'hygiène ou d'un service qualité ou d'évaluation

(...)

Les établissements sont, dans leurs recrutements, de plus en plus demandeurs de compétences avérées, et la spécialité de santé publique figure en bonne place parmi celles-ci





[La fonction DIM est] une spécialité émergente, et ceux qui l'exercent aujourd'hui participent à sa construction, ce qui n'est tout de même pas courant à notre époque

(...)

Gardons à l'esprit que de nombreux postes sont à pourvoir, dans toutes les régions et dans tous les types de structures.



des solutions à la fois originales et performantes.

Sur un autre plan, l'étendue et la spécificité des compétences nécessaires à l'exercice de la fonction renvoient à la question de leur acquisition, et nous rencontrons là le second problème. Il faut pour le comprendre se replonger dans le contexte de la montée en charge du PMSI. A cette époque, très peu de spécialistes de santé publique étaient disponibles sur le marché, et les structures DIM ont par la force des choses été pourvues principalement par des médecins cliniciens, à titre d'exercice secondaire, ou dans le cadre d'une reconversion choisie ou non, et en l'absence de formation spécifique. Il est très probable que cette particularité historique a largement conditionné la situation actuelle : alors que la compétence requise, de par sa complexité et sa spécificité, relève clairement d'un exercice et d'une qualification spécialisés, il n'existe en fait aucune autre qualification requise que le diplôme de médecin pour exercer la fonction, et une proportion significative de médecins DIM ne souhaitent manifestement pas d'évolution en ce sens. On observe cependant que les établissements sont, dans leurs recrutements, de plus en plus demandeurs de compétences avérées, et la spécialité de santé publique figure en bonne place parmi celles-ci. Plus encore, la qualification ordinaire est désormais exigée pour être titularisée sur la fonction dans les établissements publics. En outre, le nombre

de médecins DIM hautement qualifiés reste insuffisant en regard de la demande, et le sens de l'histoire pourrait bien aller vers une politique plus volontariste : formalisation et normalisation d'un contenu de connaissances, enseignement validant de celles-ci avec exigence pour exercer la fonction (typiquement un master 2 avec possibilité de thèse). Ceci implique l'existence d'un corps chargé de l'évolution et de la reproduction de la discipline, en d'autres termes une universitarisation. Et qui d'autre que les DES de santé publique pourraient être porteurs de ce projet ?

Au total, le métier de DIM mérite de retenir l'attention des jeunes spécialistes de santé publique à plus d'un titre : en premier lieu, il s'agit d'un exercice particulièrement complexe, donc particulièrement intéressant intellectuellement comme en termes de pratique. En second lieu, il s'agit d'une spécialité émergente, et ceux qui l'exercent aujourd'hui participent à sa construction, ce qui n'est tout de même pas courant à notre époque. Dans cette perspective, une universitarisation conduirait à la création d'un nombre significatif de fonctions universitaires, MCU-PH et PU-PH. Enfin, gardons à l'esprit que de nombreux postes sont à pourvoir, dans toutes les régions et dans tous les types de structures. Toutes les conditions sont donc réunies pour construire une véritable carrière certes exigeante mais combien passionnante !

Chers internes,

Cette rubrique est la vôtre !

Vous pouvez y publier vos travaux, quelle que soit leur forme. C'est l'occasion de les valoriser auprès de vos co-internes et de vos enseignants.

Le bulletin est fait pour vous, et par vous !

Dans ce bulletin, nous vous proposons de (re)découvrir les travaux qui ont enthousiasmé le jury au dernier Congrès Annuel des internes de Santé Publique (CAiSP).

Cette année, le premier prix a été décerné à Alexandre, qui a séduit le jury par l'originalité de son travail et la qualité de sa présentation orale.

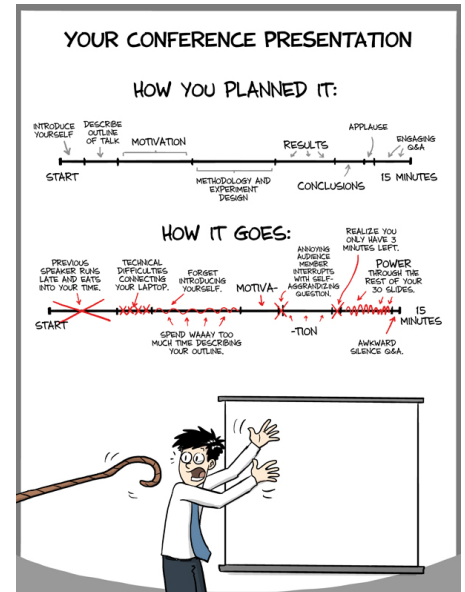
Encore bravo à tous les participants !

N'hésitez pas à nous contacter et à envoyer vos contributions. Le CliSP examinera vos propositions et sélectionnera les travaux publiés.

Marie Moitry

Rédactrice en chef du bulletin

Contact : marie.moitry@etu.unistra.fr



« Piled Higher and Deeper » by Jorge Cham
www.phdcomics.com

ACCEPTABILITÉ DE LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS



Acceptabilité de la vaccination contre les papillomavirus : l'apport de l'analyse des forums santé

Premier prix de la communication orale

A. Caron, R. Périchon, L. Ferreira
Carreira, B. Dervaux, M.B. Ben Hadj
Yahia

INTRODUCTION

L'analyse des opinions spontanément exprimées sur Internet permet d'apprécier l'acceptabilité des politiques préventives, en complément de l'approche classique par questionnaire. L'objectif de ce travail est d'analyser les opinions concernant la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV), exprimées par les internautes sur le forum de discussions en ligne du site d'information en santé Doctissimo®.

MÉTHODES

Les données correspondent aux 14742 messages, regroupés en 234 sujets traitant de la vaccination anti-HPV, publiés entre le 23 novembre 2006 et le 5 janvier 2014. La grille d'analyse regroupe les arguments exprimés par les internautes pour justifier leurs opinions vis-à-vis du vaccin. Ces arguments sont classés en trois items : sécurité, efficacité et perceptions. La portée du contenu d'un message est appréciée grâce au nombre de vues.

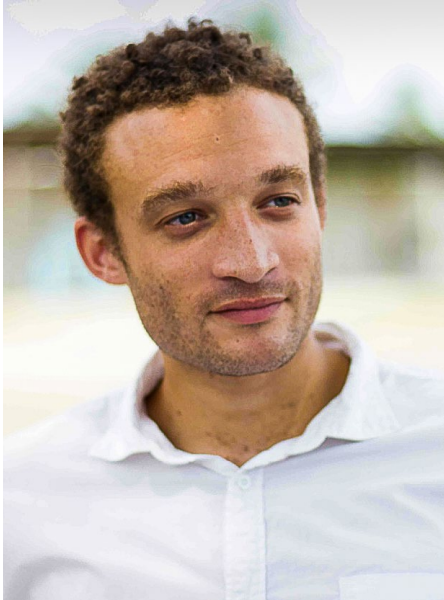
RÉSULTATS

Plus de 45% des messages sont informatifs (6634 messages). Chaque message est vu en moyenne 3625 fois. L'opinion exprimée est soit positive (44%), soit négative (45%), soit neutre (11%). Les opinions négatives sont passées de 29% des avis exprimés en 2006 à 44% en 2013 en atteignant un pic à 56% en 2011. Les arguments avancés par les anti-vaccinaux font le plus souvent appel à la sécurité vaccinale (42% versus 31%, $p < 10^{-15}$) et aux perceptions vis-à-vis du vaccin (40% versus 31%, $p < 10^{-10}$) ; ceux exprimés par les pro-vaccinaux se rapportent à l'efficacité du vaccin (38% versus 18%, $p < 10^{-15}$).

DISCUSSION

Cette étude montre la possibilité de structurer l'information contenue dans les forums de discussion afin d'analyser l'opinion des internautes concernant la vaccination ainsi que son évolution au cours du temps.

SMOKING AND QUALITY OF LIFE IN THE GENERAL POPULATION



Smoking and health-related quality of life in the general population. Independent relationships and large differences according to patterns and quantity of smoking and to gender

Coste J, Quinquis L, D'Almeida S, Audureau E.

BACKGROUND

Relationships between smoking and health-related quality of life (HRQoL) in the general population remain unclear.

OBJECTIVES

To quantify the independent associations between smoking patterns and HRQoL and to identify any threshold or non-linear tendencies in these associations.

METHODS

A national representative, cross-sectional household survey of the French general non institutionalized population included 7525 men and 8486 women, aged 25-64 year in 2003. Scores on the eight subscales of the Medical Outcomes Study 36-item Short Form were the primary outcomes. Linear regression analyses were used to evaluate the associations between HRQoL and smoking history, quantity of smoking and smoking cessation while controlling for various socio-economic variables, depression, alcohol dependence and pathological conditions. Analyses were conducted in 2013.

RESULTS

Independent associations between smoking and HRQoL were found, including small positive associations for occasional or light smoking (up to 5 cigarettes per day), and larger and diffuse negative associations above this threshold. Much weaker associations and higher thresholds for negative HRQoL were found for women than for men. For ex-smokers of both genders, HRQoL was found to be better between 2 and 5 years after quitting.

CONCLUSIONS

Smoking was independently related to HRQoL, with large differences according to the pattern and quantity of smoking, and to gender. These results may have considerable relevance both for public health action and care of smokers.

STATISTICAL ANALYSIS OF FAMILY-BASED ASSOCIATION STUDIES IN GENETICS



Statistical analysis of family-based association studies in genetics

J. Gai, P. Roy, C. Bardel-Danjean

BACKGROUND

Mixed-effects logistic regression analysis is of common use in clustered association studies, and some ready-to-use statistical packages are now available to take intracluster structure into consideration. Although, there is no known data about whether this kind of model specification significantly improves parameters' estimates in candidate-gene family-based studies. We then conducted simulations to evaluate the performance of these models in the specific case of the search for genes involved in hepatic vascular malformation in hereditary hemorrhagic telangiectasia.

METHODS

Datasets of affected proband studies were generated using the SIMLA software for a total of 36 conditions. We simulated haplotypes of four markers plus a disease susceptibility locus with dominant, recessive and additive modes of inheritance, as well as variable levels of family size, susceptibility allele frequency and association strength. We compared estimations from marginal

and conditional logistic regression models, with only fixed effects (MLR, CLR) on one hand, and with correlated individual-level random effects and independent familial-level random effects (MMLR, CMLR) on the other hand.

RESULTS

In MMLR, taking intra-cluster structure into account led to little improvement in fixed effects estimates, whereas it had only spurious effect in CMLR. In both approaches, estimated effects were always smaller than the simulated ones, except for large families generated under dominant model with low disease susceptibility allele frequency, wherein estimated effect from the closest marker to the disease locus was pretty accurate. Inclusion of random effects did not improve models' robustness to sampling fluctuations.

CONCLUSION

Methods taking multicollinearity into consideration in such study designs would be required.

MODÉLISATION DES RÉPONSES IMMUNITAIRES À UN VACCIN CONTRE LE VIH



Modélisation de la dynamique des réponses immunitaires à un vaccin préventif contre le VIH-1

E. Lhomme, L. Richert, R. Thiébaud

INTRODUCTION

Les évaluations initiales d'un vaccin contre le VIH se fondent sur sa capacité à générer des réponses immunitaires. Actuellement, la dynamique des marqueurs de réponses immunologiques au vaccin reste mal connue. Une réponse précoce des lymphocytes T CD4+ producteurs d'IL-2 (LT CD4+ IL-2+) pourrait prédire la réponse plus tardive des lymphocytes T CD8+ producteurs d'IFN- γ (LT CD8+ IFN- γ +). L'objectif était d'évaluer les dynamiques et corrélations entre les deux marqueurs au cours d'une stratégie vaccinale par vaccin adénovirus recombinant de type 5 (rAd5).

MÉTHODES

Cette étude était basée sur les données d'un essai vaccinal de phase 2 mené chez 66 volontaires sains chez qui des mesures d'immunogénicité cellulaires avaient été effectuées de façon régulière. Des corrélations de Spearman entre les LT CD4+ IL-2+ et LT CD8+ IFN- γ + ont été étudiées, puis chaque marqueur a été modélisé en fonc-

tion du temps dans les modèles à effets mixtes, et la réponse des LT CD8+ IFN- γ + a été modélisée en fonction des LT CD4+ IL-2+ ajusté sur le temps.

RÉSULTATS

Des corrélations moyennes à fortes étaient observées entre la réponse des LT CD4+ IL-2+ à J14 et la réponse des LT CD8+ IFN- γ +. Des modèles de régression ont mis en évidence une association significative entre les deux marqueurs : pour une augmentation de 1,0% des LT CD4+ IL-2+ à la visite 14, les LT CD8+ IFN- γ + augmentaient de 0,3 % ($p < 0,01$).

CONCLUSION

Ces résultats soulignent le rôle précoce de la réponse des LT CD4+ dans la réponse cellulaire au vaccin et pourraient avoir un intérêt majeur pour mieux cibler les temps de mesure et prédire la réponse vaccinale dans les futurs essais.

UN PACKAGE R POUR TRAITER LES CAHIERS DE VARIABLES



Construction de packages R pour faciliter l'activité de consultation méthodologique

J. Muller

INTRODUCTION

La consultation méthodologique (CM) permet d'apporter une expertise sur différents aspects d'un projet de recherche, de la faisabilité jusqu'au rapport d'analyse. La phase d'analyse des données ne peut être réalisée qu'après une phase d'import des données qui peut être fastidieuse, diminuant le temps disponible pour des analyses plus poussées. L'objectif était de développer une aide logicielle pour la CM au sein de l'équipe du département de méthodologie du CHU de Strasbourg.

MÉTHODES

Nous avons d'abord défini le cadre du problème en observant plusieurs CM. Puis nous avons construit une procédure théorique de la CM permettant de normaliser certains aspects et évaluer à quelle phase une aide logicielle serait utile. Les méthodes de développement devaient permettre de réaliser un package de qualité pour le logiciel R. En particulier, des règles de codages ont été définies, un système de gestion des versions a été mis en place et la programmation orientée objet a été utilisée.

RÉSULTATS

L'analyse de la procédure de la CM a permis de définir que les besoins d'aide logicielle apparaissaient surtout au niveau de la phase d'import. Un package a été développé afin de générer automatiquement les scripts R d'import des données et d'analyses univariées simples à partir d'un cahier de variables. Un autre package pour les analyses biostatistiques générales a également été produit à partir de la bibliothèque de fonctions couramment utilisées dans le service.

CONCLUSION

La construction d'un logiciel nécessite avant tout une bonne analyse des besoins et doit s'inscrire dans un processus de travail cohérent. Le développement d'un package permet au méthodologiste de construire son outil et donc de le maîtriser plutôt que d'en être un simple utilisateur. Il serait intéressant d'évaluer dans la pratique comment l'utilisation de ces packages facilite la CM.

ENFANTS CONÇUS AVEC UNE AIDE MÉDICALE DANS LA COHORTE ELFE

INTRODUCTION

De nombreux couples infertiles recourent à un traitement. L'objectif est d'étudier les conditions entourant la naissance des enfants conçus avec une aide médicale et leur santé dans leurs deux premiers mois, et d'explorer le rôle des facteurs sociaux et médicaux sur la prématurité et l'hypotrophie.

MÉTHODES

L'analyse porte sur 9495 enfants de la cohorte Elfe, nés en 2011 en métropole, à un terme d'au moins 33 semaines d'aménorrhée, singletons ou jumeaux, de mère majeure, répartis en trois groupes selon le contexte de leur conception : « traitement », « infertiles non traités » et « fertiles » (790, 1044 et 7661 enfants). Cinq champs ont été décrits (caractéristiques sociodémographiques, antécédents maternels, grossesse, naissance, santé à 2 mois). Une analyse univariée et multivariée des facteurs susceptibles d'être associés à la prématurité ou à l'hypotrophie a été réalisée. Les sous-groupes « fécondation in vitro » et « stimulation ovarienne » ont été comparés.

RÉSULTATS

On retrouve dans le groupe traitement une situation sociodémo-

graphique très favorable, mais des grossesses plus compliquées, et des taux de gémellité, prématurité et hypotrophie plus élevés. Les taux de gémellité et de prématurité sont significativement plus élevés en FIV qu'en stimulation (16,1 % vs 4,9 %, $p < 0,001$ et 13,6 % vs 6,4 %, $p = 0,006$), celui d'hypotrophie tend à l'être (10,4 % vs 5,2 %, $p = 0,059$). On n'observe pas de différence de santé à 2 mois. Après ajustement, il existe une association significative entre contexte de conception et prématurité, sans différence entre groupes traitement et infertile, ni entre FIV et stimulation. On ne trouve aucune association entre contexte de conception ou type de traitement et hypotrophie.

DISCUSSION

Ces résultats semblent en faveur d'un sur-risque de complications néonatales chez les enfants de parents infertiles, conçus après traitement ou non. Des difficultés dans la construction du groupe « infertile » empêchent cependant d'exclure un effet des techniques médicales.

SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISÉS : ÉTUDE-PILOTE

Contributions
des internes



Mise en place d'un indicateur de mesure de satisfaction des patients hospitalisés au sein du groupe Lariboisière Saint-Louis

M. Tiv, R. Flicoteaux, S. Chevret

Le Ministère de la Santé a engagé les établissements de santé dans une démarche-qualité auprès des patients, par une enquête téléphonique I-Satis. Dans le cadre de cette démarche, le service de biostatistiques de l'hôpital Saint-Louis a élaboré un indicateur afin d'évaluer la qualité de la prise en charge perçue par les patients au cours de leur hospitalisation, en réalisant une étude pilote au lit du malade.

Cette étude transversale consistait à recueillir le témoignage de patients hospitalisés au cours d'une période de 5 jours. Les patients inclus, majeurs et consentants à participer à l'étude, étaient sortants au terme d'une hospitalisation d'au moins 48h, en-dehors des services de réanimation, psychiatrie et soins longue durée. Les enquêteurs préalablement formés, des étudiants médecins, infirmiers et sage-femme, ont réalisé un entretien avec les patients en leur soumettant un questionnaire anonyme standardisé de 33 questions portant sur différentes composantes de la prise en charge : humaine, technique et logistique. Les réponses possibles étaient

majoritairement graduelles, de « très mauvais » à « très bon » avec 5 possibilités. Le questionnaire, identique à celui de l'enquête ministérielle I-Satis, a été élaboré par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière. L'analyse statistique descriptive et analytique des résultats a été faite à l'aide du logiciel R, avec le package likert.

Du 19 au 23 mai 2014, 282 patients (sur 438 attendus selon les données du PMSI) ont participé à cette étude, soit un taux de participation global de 64.4 % : 75% pour Saint-Louis, 54% pour Lariboisière. L'analyse des scores thématiques de satisfaction est en cours.

Les résultats de cette enquête feront l'objet d'un retour auprès des services et de la commission des relations avec les usagers de l'hôpital. Elle orientera les mesures d'amélioration de la prise en charge des patients. Elle sera reconduite périodiquement en visant une participation croissante des services.

PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE DANS LA SOMME

Évaluation des méthodes de prévention de la tuberculose dans le département de la Somme : délais de déclaration, de dépistage et facteurs associés.

P. Yanogo

OBJECTIF

Analyser les facteurs associés aux délais de déclaration obligatoire de tuberculose et de premier dépistage des contacts dans le département de la Somme.

MÉTHODES

De 2007 à 2011, 175 cas de tuberculose ont été déclarés et 4020 contacts dépistés. Ils ont été rétrospectivement étudiés et une analyse multivariée a été conduite.

RÉSULTATS

Le délai moyen entre le diagnostic et la déclaration obligatoire (délai DO) était de 6,1 jours ; le délai moyen entre la DO et la date fixée pour le dépistage (délai système) de 35,3 jours et le délai moyen entre cette date et le dépistage effectif des contacts (délai contact) de 12,5 jours. En analyse multivariée, la présence de BAAR à l'examen direct des sécrétions bronchiques était significativement associée à un délai DO ≤ 48 h (OR 2,44 ; $p=0,02$) ; un examen direct

positif (OR 3,70 ; $p=0.0017$) et le diagnostic au CHU (OR 2.61 ; $p=0,02$) à un délai système ≤ 1 mois. Un examen direct positif (OR 1,35 ; $p=0.006$), un petit nombre de contacts (OR 11,15-23,65 ; $p<0.0001$), le sexe masculin (OR 1,21 ; $p<0.04$), être né à l'étranger (OR 1,31 ; $p=0.04$), un lien familial (OR 1,37 ; $p<0.0001$), ou amical avec le cas (OR 2,47 ; $p<0.0001$) étaient associés à un délai contact =0 jour, et le jeune âge (OR 0,30-0,56 ; $p<0.0001$) à un délai contact >0 jour.

CONCLUSION

Les délais DO et « système » de la tuberculose étaient supérieurs aux délais recommandés. La prise en compte des facteurs associés à leur allongement, une meilleure collaboration entre les acteurs de la lutte antituberculeuse et leur formation continue réduiraient ces délais dans le département de la Somme.

INTERVIEW AISP : DR MOHAMED-BÉCHIR BEN HADJ YAHIA

AISP



Découvrez le parcours de Mohamed-Béchir, ancien ISP aujourd'hui Chef de Clinique à Lille. Il a beaucoup œuvré pour la formation des ISP, depuis son implication au CLiSP jusqu'à son engagement actuel dans l'enseignement auprès des internes de Lille, en passant par le réseau Euronet-MRPH.

Morceaux choisis d'un dialogue d'amitié, riche et passionnant...

Retrouvez cette interview dans son intégralité sur notre site internet www.clisp.fr

MM : PEUX-TU TE PRÉSENTER BRIÈVEMENT ?

J'ai un prénom composé et un nom à particule quasi-imprononçable en Occident; alors, si je

dois me présenter, je dirais que je m'appelle Béchir... Plus sérieusement, je suis médecin spécialiste en Santé Publique et Médecine Sociale. J'ai fait mes études de médecine à Necker (Université Paris 5) puis mon internat de spécialité à Lille (Université Lille 2) et pas mal de masters à Paris. J'occupe actuellement le poste de Chef de Clinique Assistant à la Clinique de Santé Publique du CHU de Lille et je suis rattaché à une unité de recherche (EA 2694) de l'Université Lille 2.

MM : EN QUOI CONSISTE TON TRAVAIL AUJOURD'HUI ?

Le poste de Chef de Clinique Assistant associe trois fonctions : la recherche, l'enseignement et le soin. Mes activités de recherche s'articulent autour de l'évaluation de l'impact de la vaccination contre l'infection par les papillomavirus humains avec trois approches (modélisation des maladies transmissibles, inégalités de recours aux politiques préventives et acceptabilité de la vaccination). Mes activités d'enseignement concernent trois disciplines : l'Épidémiologie, l'Économie de la Santé et la Prévention. Même si mes activités de soin sont marginales, j'ai la chance de participer

à une consultation de prévention à l'Institut Pasteur de Lille.

Outre les activités statutaires, j'ai l'extrême privilège d'apporter ma modeste expertise sur la gestion des maladies transmissibles et la prévention vaccinale, dans un cadre tutélaire. Depuis 2012, je participe en tant qu'expert au Groupe de Travail sur la prévention du cancer du col de l'utérus et le vaccin HPV (Commission Spécialisée Maladies Transmissibles - Haut Conseil de la Santé Publique - Ministère de la Santé). Depuis peu, je suis également conseiller technique auprès de l'Agence Régionale de la Santé Nord-Pas-de-Calais sur le programme régional d'amélioration de la couverture vaccinale 2014-2018.

MM : POURQUOI AS-TU CHOISI LA SANTÉ PUBLIQUE ?

Je m'amuse souvent à reprendre la métaphore de Nietzsche concernant la granularité de la vision et à l'appliquer à la Médecine. Nietzsche décrit deux types de vision : celle de la grenouille et celle de l'aigle. La grenouille a une vision focale et binaire : un petit objet qui bouge est potentiellement une proie ; un grand objet qui bouge est une menace. Le clinicien

est souvent dans cette situation. Il regarde ses patients par le prisme de sa spécialité, de sa consultation et tombe parfois dans le piège du biais de sélection. L'aigle, quant à lui, a pour atout la vision panoramique. Cette hauteur de vue lui permet d'envisager l'ensemble des possibilités afin de formuler le choix le plus judicieux. Le médecin de Santé Publique se doit d'avoir une vision panoramique des problématiques de santé afin de hiérarchiser les priorités et de faire des arbitrages.

Je ne voulais pas me cantonner uniquement à la clinique. En Santé Publique, on a la chance de pouvoir travailler sur des thématiques larges et/ou transversales, et avec des gens de tous les horizons. J'ai choisi ma spécialité dans cette optique. J'ai également choisi cette voie pour la qualité de vie. Les contraintes sont moins fortes que dans d'autres spécialités. J'aimais pourtant beaucoup la chirurgie, qui exige d'être rigoureux, minutieux et un peu esthète... J'ai trouvé l'équivalent dans la modélisation !

MM : QU'AS-TU FAIT COMME FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ?

J'ai fait plusieurs MSBM (Génétique, Biologie moléculaire, Ethique...) lorsque j'étais encore jeune étudiant en médecine à Necker. Ceci m'a donné le goût de la science et de l'excellence. Néanmoins, j'étais très frustré car je ne pouvais pas approfondir plus ces thématiques en même temps

que les études de médecine et la préparation de l'internat.

Une fois interne, j'ai eu plus de liberté pour étudier d'autres disciplines et suivre mes goûts. C'est facile de résumer les choses ainsi ; mais en réalité, ça demande beaucoup d'énergie et de la chance aussi. J'ai commencé en première année d'internat avec le Master 1 « Outils en Santé Publique » de l'Université Paris 11. Cela m'a permis d'apprendre la biostatistique, l'économie de la santé, les systèmes de santé et la santé des populations, auprès des leaders d'opinion.

Pendant ma deuxième année d'internat, j'ai fait un Master 2 de sciences économiques et de gestion à l'Institut d'Administration des Entreprises. En troisième année, j'ai voulu parfaire mon éducation en épidémiologie avec un parcours plus académique. J'ai donc fait le Master 2 recherche « Épidémiologie – parcours : biomathématiques » de l'Université Paris 6. Enfin, durant ma dernière année d'internat, j'ai commencé une thèse de science portant sur l'évaluation de l'impact de la vaccination anti-HPV en France.

J'ai suivi beaucoup de formations car la spécialité « Santé Publique et Médecine Sociale » est particulière. Elle nécessite de s'y former spécifiquement. Au début de l'internat, on est souvent perdu avec l'impression de composer sur une page blanche, que tout est à refaire, contrairement aux autres



Le médecin de Santé Publique se doit d'avoir une vision panoramique des problématiques de santé afin de hiérarchiser les priorités et de faire des arbitrages

(...)

[Mes stages] m'ont donné le goût de la collectivité : savoir s'intéresser aux autres, identifier leurs besoins et leurs problèmes de santé et y apporter des solutions.

(...)

Au début de l'internat, on est souvent perdu avec l'impression de composer sur une page blanche, que tout est à refaire





L'arrogance est le plus grand des défauts en science... On n'a pas besoin d'être vaniteux quand on est bon !

(...)

Le monde associatif est un modèle de la vie professionnelle

(...)

Prenez le temps de vivre, et profitez de l'internat pour voyager ! Un esprit ouvert vaut tous les masters du monde...



spécialités où on peut « rentabiliser » sa formation médicale! J'ai donc choisi d'apprendre les bases de la Santé Publique depuis le début, comme si je commençais de nouvelles études...

MM : QUELS STAGES AS-TU FAIT PENDANT TON INTERNAT ?

J'ai commencé mon internat dans un service d'obstétrique. J'ai fait mes premières analyses statistiques sur les données d'un PHRC (PREMEVA). On m'a aussi proposé de faire une revue de la littérature sur la faible prématurité. A l'époque, je ne savais pas construire un algorithme de recherche automatisé ni ce qu'était le booléen ni le PRISMA statement...

J'ai ensuite fait un stage à l'Observatoire Régional de la Santé. C'était la première fois que je me retrouvais face à des « politiques » qui avaient à cœur de résoudre les problèmes de santé de leurs administrés. Cela m'a donné le goût de la collectivité : savoir s'intéresser aux autres, identifier leurs besoins et leurs problèmes de santé et y apporter des solutions. Je commençais à comprendre ce que voulait dire le « service rendu à la collectivité ».

A partir du troisième semestre, je me suis orienté vers les services académiques, privilégiant ainsi la rigueur universitaire au travail de terrain.

MM : QU'AS-TU APPRIS DE TES MAÎTRES ?

L'humilité, abord ! Ensuite, toujours regarder les choses avec calme. L'arrogance est le plus grand des défauts en science... On n'a pas besoin d'être vaniteux quand on est bon ! D'ailleurs, un proverbe anglais dit « empty barrels make the most noise »¹ ...

MM : QUELLE EST TON EXPÉRIENCE ASSOCIATIVE ?

Au niveau local, j'ai été le fondateur et président de l'Association Lilloise des internes en Santé Publique (ALiSP). Au niveau national, j'ai été très actif au sein du CLiSP. J'ai participé à la création du CAiSP (co-fondé avec Grégoire Ficheur). Mais ma vraie fierté réside dans ma participation à la rédaction de la nouvelle maquette de l'internat de Santé Publique. Toutes nos propositions ont été retenues par le CUESP (Collège Universitaire des Enseignants de Santé Publique). On a même été cités sur la version officielle !! Au niveau européen, j'ai dirigé le groupe français au sein du réseau EuroNet-MRPH où j'occupais la fonction de trésorier (mandat 2011-2012).

L'adage dit qu'il n'y a pas de mémoire associative. C'est partiellement vrai. L'énergie qu'on y engage est souvent plus importante que les résultats tirés ; mais, c'est un excellent apprentissage de la vie. Le monde associatif est

¹ « Les tonneaux vides font le plus de bruit », ie. les individus les plus creux sont les plus démonstratifs...

un modèle de la vie professionnelle, un laboratoire, qui permet de comprendre les mécanismes relationnels et d'apprendre la décision collective. Il est quasi-indispensable d'avoir cette expérience, pour apprendre à gérer les egos, à prendre des décisions, à diriger une équipe, à porter un projet...

MM : QUELS CONSEILS DONNERAIS-TU À UN INTERNE DE PREMIÈRE ANNÉE ?

D'abord, ne pas s'angoisser. Quel que soit le parcours, on finit médecin spécialiste, avec un salaire correct et on a beaucoup de liberté par rapport à d'autres spécialités. Ensuite, être curieux. Il faut prendre le temps de s'intéresser à des choses très variées. C'est ce qui permet d'avoir de bonnes idées. Enfin, être rigoureux. Sinon, on se retrouve dans la situation où l'on sait parler de tout mais de façon superficielle. Un proverbe anglais dit de ces gens : « jack of all trades, master of none »² ... Il faut cibler les diplômes ; ça ne sert à rien d'en avoir trop. Il faut choisir

des formations de bon niveau et essayer d'avoir un parcours original. Il faut surtout faire les choses selon son cœur et ses goûts.

J'incite aussi les internes à faire des enseignements durant leur internat. Outre la maîtrise des sujets que l'on aborde, cela apprend à gérer un amphi, à passionner des étudiants, à capter leur attention. C'est très utile par la suite lorsqu'il faut animer des réunions, encadrer des internes, faire des communications orales en Congrès...

MM : UN DERNIER MOT POUR LES INTERNES ?

Work hard, play harder !! Il faut beaucoup travailler, réussir ses diplômes, mais aussi s'amuser et soigner sa vie privée. Prenez le temps de vivre, et profitez de l'internat pour voyager ! Un esprit ouvert vaut tous les masters du monde...

Interview réalisée par Marie Moitry



D'abord, ne pas s'angoisser. Quel que soit le parcours, on finit médecin spécialiste, avec un salaire correct et on a beaucoup de liberté par rapport à d'autres spécialités.

(...)

Il faut choisir des formations de bon niveau et essayer d'avoir un parcours original. Il faut surtout faire les choses selon son cœur et ses goûts.



² « touche à tout, mais ne maîtrise rien »

INTERVIEW : PR ISABELLE DURAND-ZALESKI



Madame Durand-Zaleski, Professeur de Santé Publique à Paris, m'a fait le plaisir de me consacrer un peu de son temps pour évoquer son parcours, ses thématiques de travail et de recherche, et délivrer quelques messages aux internes. Et quels messages positifs !

MM : POUVEZ-VOUS VOUS PRÉSENTER AUX INTERNES ?

Je suis une ancienne interne des hôpitaux de Paris. Comme j'ai passé l'internat avant la création de la filière Santé Publique, j'ai d'abord commencé un internat clinique. Puis je suis partie aux États-Unis à la fin de mon internat, à Boston, où j'ai effectué un Master de Santé Publique. J'ai terminé mon internat en Santé Publique dans un hôpital américain et j'ai validé mon internat en France à mon retour.

MM : APRÈS VOTRE INTERNAT, QUEL A ÉTÉ VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL ?

J'ai occupé un poste d'Assistant Hospitalo-universitaire au siège de l'AP-HP, à la Direction de la Stratégie, et ensuite à l'hôpital Henri Mondor dans le service de Santé Publique. Aujourd'hui, Je suis PU-PH, chef de service en Santé Publique à l'hôpital Henri Mondor et responsable de l'unité de recherche en Économie de la Santé d'Île-de-France.

MM : VOUS ÊTES CHEF DE SERVICE D'UNE UNITÉ DE RECHERCHE QUI FAIT DE L'ÉVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE. POUVEZ-VOUS EXPLIQUER EN QUOI CELA CONSISTE ?

L'évaluation médico-économique repose sur un raisonnement que l'on suit tous les jours dans d'autres domaines que la santé de manière totalement intuitive. Par exemple, lorsque vous souhaitez boire un café, vous vous demandez si vous allez le prendre à la machine ou à l'internat. A la machine, le café sera meilleur, vous aurez plus de choix, mais vous allez payer 1,50€. A l'internat, le café est gratuit, mais il est moins bon et vous n'avez pas de choix. Votre raisonnement est le suivant : vous

cherchez à savoir si le gain de qualité et le choix dont vous disposez en prenant votre café à la machine justifie la dépense supplémentaire que vous allez effectuer.

L'évaluation médico-économique suit le même raisonnement, mais appliqué aux technologies de santé. Est-ce que le gain de qualité de vie ou d'espérance de vie apporté par le développement d'une nouvelle technologie justifie le coût supplémentaire investi par la société ?

MM : POURQUOI AVEZ-VOUS CHOISI CE DOMAINE ?

J'ai découvert cette discipline pendant mes études. À la fin de mon internat aux États-Unis, elle avait déjà une importance considérable. J'avais l'impression que la France disposait de ressources et que le domaine était susceptible d'intéresser à la fois des cliniciens et des décideurs en santé. Il y avait déjà à l'époque des équipes de chercheurs, à la fois économistes et médecins, mais l'utilisation des informations des études épidémiologiques et de recherche pour les décisions en santé était beaucoup moins développée qu'aux États-Unis. J'ai aussi choisi cette voie par intérêt personnel.

MM : VOUS ÊTES DIPLÔMÉE DE L'INSTITUT D'ÉTUDES POLITIQUES DE PARIS ET DOCTEUR ES SCIENCES ECONOMIQUES ET DE GESTION. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUÉ CES FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES ET QUE VOUS ONT-ELLES APPORTÉ ?

Je l'ai effectuée en partie durant mon internat et en partie durant mon clinicat. J'ai complété mon parcours avec une formation en sciences politiques car je trouvais intéressant de mieux comprendre quels sont les outils d'analyses qui sont effectivement utilisés pour la décision publique.

MM : VOUS ÊTES DIRECTRICE D'UNE UNITÉ DE RECHERCHE. COMMENT VOYEZ-VOUS LA GESTION D'ÉQUIPE ? LES INTERNES ONT SOUVENT L'IMPRESION DE N'ÊTRE PAS SUFFISAMMENT FORMÉS DANS CE DOMAINE...

En effet, la formation n'est pas suffisante. Je trouve cette tâche très difficile, même si cela est moins vrai dans les équipes où les personnes ont à peu près le même métier et les mêmes objectifs. C'est le cas dans mon équipe, puisque les métiers sont tous des métiers de la recherche. Qu'il s'agisse de formations en économie, en biostatistiques, les profils ne sont pas très différents et cela facilite la gestion de l'équipe. En revanche, je trouve le travail d'un chef de service clinique incomparablement plus compliqué.

Je conseille aux internes de vraiment se former. On peut avoir de grandes compétences professionnelles, cliniques, et de grandes qualités humaines, et néanmoins avoir besoin d'une formation organisée.

MM : QUELS CONSEILS DONNERIEZ-VOUS À DES INTERNES QUI VEULENT SUIVRE LA VOIE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE ?

C'est une voie très intéressante. L'avantage de cette carrière, et ce qui motive ce choix, c'est l'immense liberté dont on dispose pour décider de nos méthodes, de nos objectifs et des domaines dans lesquels on souhaite travailler.

MM : COMMENT ENVISAGEZ-VOUS LE MÉTIER DE MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE EN DEHORS DE CE CADRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE ?

Je le connais assez mal, et il y a malheureusement encore une séparation entre les médecins universitaires et les médecins qui travaillent dans les structures de l'État. Ces métiers de l'administration de la santé sont certainement passionnants, car une grande partie du travail se fait sur le terrain et que l'on y apprend beaucoup de choses. Nous allons essayer de combler ce fossé car je trouve très dommage qu'il n'y ait pas d'utilisation croisées des compétences entre médecins universitaires et administratifs, comme cela se fait notamment aux États-Unis.



Il est indispensable de travailler ensemble [avec les cliniciens], et c'est de plus en plus facile

(...)

Les internes avec qui je suis amenée à travailler sont souvent en fin d'internat, et je les ai tous trouvés formidables, plein d'initiatives, de ressources, avec de grandes capacités de collaboration et d'adaptation au travail d'équipe





Il faut savoir faire le tri entre ce que vous pouvez faire seul avec la formation et les compétences dont vous disposez, et ce qui nécessite un accompagnement par un sénior

(...)

Profitez de votre internat pour voir le plus de services et d'organisations différentes. Public, privé, services hospitaliers, administratifs...



Des tentatives sont faites aujourd'hui pour réunir les congrès de ces deux domaines. On parle par exemple de réunir les congrès de la Société Française de Santé Publique, plutôt orienté vers la santé publique institutionnelle et les congrès des universitaires et chercheurs. Cela est très prometteur et doit être encouragé.

MM : COMMENT VOYEZ-VOUS LES RELATIONS AVEC LES CLINICIENS DANS LE DOMAINE DE LA RECHERCHE ?

Il est indispensable de travailler ensemble, et c'est de plus en plus facile. Aujourd'hui, dans toutes les revues de spécialités cliniques, on trouve des articles d'épidémiologie, d'économie de la santé... Par ailleurs, les médecins, quelle que soit leur spécialité, font de la recherche et sont donc de plus en plus sensibilisés aux statistiques. Il est cependant dommage que certains cliniciens aient un tel mauvais souvenir de ces disciplines, étudiées en PCEM1, qu'ils essaient de les oublier le plus vite possible ! Mais cela leur revient vite, car il est intéressant pour eux de se familiariser avec les notions de statistiques, d'épidémiologie et d'économie de la santé. Comme je l'ai dit, cette démarche est encouragée par la publication d'articles dans des revues internationales, toutes spécialités médicales et chirurgicales confondues. La promotion de l'intérêt de notre spécialité nous vient des pays anglo-saxons, où depuis longtemps, les revues publient des

articles dans les domaines où nous faisons de la recherche.

MM : QUEL EST VOTRE POINT DE VUE SUR LA FORMATION DES INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE ET QUELLES SERAIENT LES AMÉLIORATIONS À Y APPORTER ?

Les internes avec qui je suis amenée à travailler sont souvent en fin d'internat, et je les ai tous trouvés formidables, plein d'initiatives, de ressources, avec de grandes capacités de collaboration et d'adaptation au travail d'équipe. Je n'ai que des compliments en réserve pour eux car ils se débrouillent très bien !

Concernant votre formation, il devrait cependant être obligatoire de faire une année à l'étranger. Cela est vrai dans tous les domaines, et même si ce n'est pas évident au niveau de l'organisation et du financement, une telle expérience est fondamentale car elle permet de changer de perspective. Par ailleurs, et contrairement aux cliniciens, vous n'avez pas de contraintes sur les modalités d'exercice. Les cliniciens doivent souvent repasser des diplômes avant de pouvoir pratiquer leur métier à l'étranger. Aux États-Unis par exemple, un médecin clinicien ne peut pas traiter de patients s'il n'a pas le diplôme américain, ce qui n'est pas le cas pour les médecins de Santé Publique. Vous pouvez exercer avec votre seul diplôme français, ce qui est un atout pour le travail à l'étranger.

MM : SELON VOUS, QUELLES SONT LES QUALITÉS QU'UN INTERNE DE SANTÉ PUBLIQUE DOIT DÉVELOPPER ?

Être autonome, mais sans prétendre savoir tout sur tout ! Il faut savoir aller chercher les réponses par soi-même et poser les questions à bon escient. Nous avons besoin d'internes qui savent par exemple consulter seuls les bases de données de la littérature pour trouver les informations dont ils ont besoin. Je considère cependant qu'il est de mon métier et de mon devoir de vous aider à résoudre certaines questions. Il faut savoir faire le tri entre ce que vous pouvez faire seul avec la formation et les compétences dont vous disposez, et ce qui nécessite un accompagnement par un sénior.

MM : QUEL EST VOTRE MESSAGE AUX INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Élargissez vos horizons en allant voir ce qui se passe ailleurs. Il est indispensable de comprendre que les organisations, les systèmes de santé sont complètement différents d'un pays à l'autre.

MM : QUEL EST VOTRE MESSAGE AUX INTERNES DE SANTÉ PUBLIQUE QUI VONT DÉBUTER EN NOVEMBRE ?

Profitez de votre internat pour voir le plus de services et d'organisations différentes. Public, privé, services hospitaliers, administratifs... Constituez-vous un échantillon aussi vaste que possible, car l'offre de stages est très grande. Pensez également au privé, que ce soit chez des consultants ou dans des laboratoires.

MM : AVEZ-VOUS UNE DERNIÈRE CHOSE À AJOUTER ?

Poursuivez l'organisation que vous avez mise en place sur le plan associatif, notamment pour vos séminaires, et qui donne de très bons résultats. Élargissez votre horizon à l'international, faites des conférences, des congrès à l'étranger, et soyez à l'aise en anglais !

Interview réalisée par Marie Moitry



Poursuivez l'organisation que vous avez mise en place sur le plan associatif [...]. Élargissez votre horizon à l'international, faites des conférences, des congrès à l'étranger, et soyez à l'aise en anglais !



MOT DE L'ÉQUIPE FRANÇAISE 2014

Chers internes,

EuroNet-MRPH, le réseau européen des internes de Santé Publique, qui regroupe les associations d'internes d'Italie, d'Espagne, du Portugal, du Royaume-Uni, d'Irlande et de France, vient d'accomplir une nouvelle étape dans sa croissance. Au début du mois de septembre, la candidature d'EuroNet-MRPH pour être membre d'EUPHA (EUropean Public Health Alliance) a été acceptée. EUPHA est un réseau européen qui regroupe de nombreuses ONGs et autres organisations de Santé Publique à but non lucratif. L'intégration à EUPHA nous offre de nombreuses opportunités de réseautage, de participation à des groupes de travail européens et à des formations organisées par le réseau.

Nous espérons dans les prochains mois établir de nouveaux partenariats avec des associations de Santé Publique séniors et continuer à intégrer de nouveaux pays !

Pour avoir plus d'informations sur EuroNet-MRPH vous pouvez nous suivre sur Facebook (EuroNet-MRPH), sur Twitter (@EuroNetMRPH) et sur LinkedIn (groupe Euronet-MRPH), en plus du site internet www.euronetmrph.org où vous retrouverez les informations sur le réseau et sur les stages proposés à l'étranger.

La prochaine réunion d'EuroNet-MRPH aura lieu à Lisbonne le 6 décembre 2014. N'hésitez pas à nous contacter si vous souhaitez faire partie de la délégation française, ou simplement en savoir plus sur le réseau, à l'adresse euronetmrphfrance@gmail.com !

L'équipe EuroNet-MRPH France

L'équipe EuroNet-MRPH France 2014

Myrtille Prouté - Paris
Samuel D'Almeida - Paris
Pierre-Antoine Fougerouse - Bordeaux
François Krabansky - Reims
David Labrosse - Océan Indien
Yujin Jung - Lille
Anca Vasiliu - Rouen



LES NEWS DU RÉSEAU – LE MEETING DE PALERME

J'ai eu la chance de participer à la réunion EuroNet à Palerme au mois de juin. De la part de l'équipe française, tout le monde était présent et deux observateurs ont également rejoint le groupe. Les internes italiens nous ont accueillis à la faculté de médecine de Palerme où se tenait une journée organisée par leur association nationale (l'équivalent du CAISP) ayant comme thème « International opportunities for Public Health training ».

Les orateurs nous ont présenté (en anglais) des témoignages très intéressants et qui donnent envie de découvrir beaucoup plus de choses dans le monde de la santé publique et d'élargir les expériences et les horizons.

Par exemple, Guido (présent aussi au séminaire annuel à Strasbourg en avril), nous a présenté son stage à l'ECDC (European Center for Disease Control) et à cette occasion il a invité des experts de l'ECDC à se connecter par Skype, à parler avec nous en direct et à répondre à nos questions. Un autre interne italien de Santé Publique nous a présenté son stage au bureau européen de l'OMS à Copenhague. Une présentation originale était celle d'un interne espagnol de Santé Publique, qui n'a



pas pu nous rejoindre à Palerme, mais qui s'est connecté de Stockholm par Skype où il était en stage à l'ECDC et il nous a parlé du stage qu'il venait de finir à l'OMS à Genève (ah, le rêve...).

Ça donne envie, non ?

Après toutes ces présentations enrichissantes, nous sommes partis goûter la fameuse cuisine sicilienne qui ne nous a pas déçus, elle est même meilleure que ce qu'on peut imaginer (oui, j'ai pris au moins 2 kilos, mais on ne parle pas de ça).

Le lendemain c'était la réunion EuroNet et pendant la matinée (après avoir attendu les italiens, apparemment le temps sicilien s'écoule à une autre vitesse) nous

avons formé des groupes de travail sur les projets en cours. Dans chaque groupe de travail, il y avait un représentant de chaque pays membre.

Les groupes étaient : grants et partenariats, comparaison des internats de santé publique, enquête européenne sur les stages à l'étranger et communication.

Pendant l'après-midi, nous avons présenté les principaux axes des groupes de travail et nous avons pris des décisions pour les actions à mener dans les prochains mois.

Une idée très intéressante, présentée par nos collègues David et Pierre-Antoine de Bordeaux était celle de réaliser un congrès européen de santé publique avec un forum des métiers associé, accessible à tous les internes d'Europe. Malheureusement, le projet est resté au niveau d'une idée, même si tous les participants ont reconnu et apprécié son intérêt, les ressources humaines n'étant pas encore disponibles pour un projet de cette envergure.

Les chanceux qui ont pu rester quelques jours encore en Sicile ont pu profiter de la beauté de l'île dans des endroits comme Céfalu,



Les réunions du groupe EuroNet restent des opportunités parfaites pour connaître des internes de la même spécialité venant d'autres pays européens, échanger des idées, des expériences, [...] et passer un bon moment !



Mondello, Monreale et même le volcan Etna.

Les réunions du groupe EuroNet restent des opportunités parfaites pour connaître des internes de la même spécialité venant d'autres pays européens, échanger des idées, des expériences, parfois des conseils, visiter une ville étrangère et passer un bon moment avec des personnes motivées et intéressantes.

Je voudrais vous rappeler qu'au sein de l'équipe française d'Euro-

Net il y a un dynamisme chaque année. Un appel aux candidatures sera réalisé pour offrir l'opportunité à plusieurs internes d'avoir cette expérience.

Si tu es motivé, si tu aimes voyager et connaître de nouvelles personnes et de nouvelles cultures, n'hésite pas à nous envoyer ton CV et une lettre de motivation à l'adresse : euronetmrphfrance@gmail.com



Bureau du CliSP

François KRABANSKY

Président

krabansky.f@gmail.com

Nadia OUBAYA

Vice Présidente

nadia_oubaya@yahoo.fr

Alice SANNA

Secrétaire Générale

a.sanna33@gmail.com

Maxime DESMARETS

Trésorier

maxime.desmaretts@univ-fcomte.fr

Marie-Aude CREACH ep JUZAN

Chargée de la Communication

marieaude.juzan@gmail.com

Marie MOITRY

Rédactrice en chef du Bulletin

marie.moitry@etu.unistra.fr

Johann GUTTON

Administrateur Web

jgutton@gmail.com

Fabien JOUBERT

Responsable éditorial web

fabien.joubert.isp@gmail.com

Myrtille PROUTÉ

Chargée de liaison avec EuroNet-MRPH

myrtille.p@gmail.com



Collège du CliSP 2014-2015

Ile-de-France

Claire DESCHAMPS

clairedeschamps@msn.com

Prescillia PIRON

prescillia.piron@gmail.com

Nord-Est

Mathilde FRÉROT

mathfrerot@hotmail.com

Laurie RENAUDIN

laurie.renaudin@gmail.com

Nord-Ouest

Adrien GHENASSIA

adrienghenassia@gmail.com

Alexandre VALLÉE

vallee_alex@yahoo.fr

Ouest

Romain COSTES

rimeoan@gmail.com

Lise MANDIGNY

lise.mandigny@gmail.com

Rhône-Alpes et Auvergne

Tristan DAGONNEAU

tristan_dagonneau@hotmail.fr

Olivier GAGET

olivier.gaget@club-internet.fr

Sud

Sarah-Line LANCREROT

sl.lancrerot@gmail.com

Nicolas ROUX

nicolasroux.isp@gmail.com

Sud-Ouest

Hélène COLINEAUX

ln.colineaux@gmail.com

Florence FRANCIS

florence.francis@live.fr

CliSP

15, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris

www.clisp.fr - contact@clisp.fr



CIMES

CliSP - Bulletin n°25 - Octobre 2014

Rédactrice en chef : Marie Moitry

Conception et réalisation : Philippe Enderlin <www.enderlinphilippe.fr>

Crédit photo couverture : J Neuberger © Flickr, Philippe Enderlin