

Octobre 2016

BULLETIN NUMÉRO 31

cliSP

Collège de Liaison des Internes de Santé Publique



SOMMAIRE

- P03 - Éditorial de la Présidente
- P05 - Retour sur les journées du CliSP : les résumés du CAISP
- P16 - Interview : Olivier Smadja, porteur du projet Moi(s) sans Tabac
- P21 - Interview d'AISP : Marion Albouy-Llaty
- P24 - Lectures
- P26 - Euronet MRPH : le mot de l'équipe française
- P28 - Le SANFI 2017 déjà en préparation !



ÉDITORIAL DE LA PRÉSIDENTE

C'EST LA RENTRÉE : NOUVELLE ÉQUIPE, NOUVEAUX PROJETS !

C'est à l'aube d'une année riche et passionnante que j'écris ce premier édito. L'occasion de commencer par remercier tous les membres du Collège qui se sont déjà mis au travail pour, entre autres, vous concocter comme chaque année de beaux événements, à commencer par ce Séminaire d'accueil (SANI), qui permettent de créer ce fameux « lien » entre tous les internes de santé publique.

UN CHOIX « INTIME ET AUDACIEUX »

Je souhaite chaleureusement la bienvenue à nos nouvelles recrues de la promotion 2016/17 (une grande année décidément) qui viennent gonfler les rangs d'une spécialité pleine d'avenir.

Étant à votre place, 3 ans plus tôt, j'avais été frappée par une formule d'un interne plus avancé qui avait parlé de la santé publique comme d'un choix « intime et audacieux ». Intime, vous le savez déjà car vous connaissez les raisons, quelles qu'elles soient, qui vous ont poussées à choisir la santé publique comme spécialité. Audacieux, vous

allez le découvrir et le réaliser progressivement à votre rythme... Audacieux, car c'est une spécialité peu (et mal) connue des étudiants en médecine, et du grand public en général, mais qui tend à prendre de plus en plus d'ampleur et d'importance en France mais aussi à l'international. Audacieux enfin car vous avez tout à découvrir et que vous allez vous construire un parcours sur mesure et unique. Au CliSP, nous ferons tout ce qu'il est possible pour vous accompagner dans cette voie nouvelle.

UNE ANNÉE DE RENCONTRES

Ce mandat du CliSP je vais le mettre à profit pour aller à la rencontre des internes afin de recueillir de manière directe vos envies, vos idées, vos difficultés pour que nos actions répondent à vos attentes. A l'occasion des trois « temps phares » de votre année, que sont ce SANI, le Séminaire national de formation (SANFI) en avril et les Journées du CliSP en juin/juillet, mais aussi de rencontres dans les différentes villes des 7 inter-régions, nous souhaitons favoriser les échanges dans un état d'esprit qui soit à l'image de notre belle spécialité : dynamique et enthousiasmant !



Ces rencontres vous aurez aussi l'occasion de les faire avec des professionnels grâce, entre autres, cette année à l'ouverture du SANFI 2017 de Nantes aux professionnels du monde de la santé publique et de l'urbanisme. Les Journées du CliSP seront également résolument tournées vers le milieu professionnel car une belle carrière ça se construit et ça s'anticipe.

UNE ANNÉE DE RÉFORMES

L'année 2017 sera celle de l'entrée en application d'une réforme majeure qui va concerner le 3e cycle des études médicales. C'est au sein d'un Conseil National Pédagogique composés d'enseignants de santé publique et d'internes issus du CliSP, que nous travaillons déjà, depuis plusieurs mandats, sur les



[Le] Séminaire d'accueil [...] permet de créer ce fameux « lien » entre tous les internes de santé publique

(...)

Au CliSP, nous ferons tout ce qu'il est possible pour vous accompagner dans cette voie nouvelle

(...)

Une belle carrière ça se construit et ça s'anticipe

(...)

L'excellence c'est celle à laquelle doit vous mener l'internat

différents aspects qui vont faire évoluer, nous y veillons attentivement, notre formation vers plus d'excellence et d'exigence.

Cette exigence doit concerner en premier lieu nos enseignants afin que le D.E.S de Santé Publique puisse vous offrir une formation uniforme et de qualité, quelle que soit la ville d'internat.

L'excellence c'est celle à laquelle doit vous mener l'internat pour pouvoir ensuite officier en votre qualité d'expert au sein de vos futures structures en tant que médecin de santé publique.

DEUX JOURS POUR EN PROFITER ET BIEN DÉMARRER

Vous l'aurez donc compris, vous êtes au début d'une période importante qui va déterminer votre futur parcours professionnel.

Nous allons vous donner toutes les clefs pour percevoir la richesse des domaines et parcours possibles en santé publique mais également les informations et outils pour débiter en toute sérénité.

Profitez surtout de ce SANI pour rencontrer et échanger avec vos co-internes que vous serez amenés à recroiser à de nombreuses occasions ces prochaines années (décennies ?). Profitez également de l'expérience et des conseils de vos aînés pour partir motivés mais aussi confiants !

Ce moment convivial c'est le vôtre et nous espérons qu'il répondra à toutes vos attentes.

Je souhaite donc à toutes et à tous, néophytes et dinosaures de l'internat de santé publique, une très belle année !



WWW.PHDCOMICS.COM

« Percentage of your day spent in meetings » by Jorge Cham – www.phdcomics.com

RETOUR SUR LES JOURNÉES DU CLISP ET CAISP

NOS INTERNES ONT DU TALENT !

Comme chaque année maintenant, la publication du Bulletin du CliSP d'octobre est l'occasion de revenir sur les travaux des internes de santé publique (ISP) mis en valeur lors des Journées du CliSP de juin dernier.

Pour rappel, le CAISP est une opportunité pour les internes de présenter un travail auquel ils ont contribué (stage, thèse ou mémoire de master), sous la forme d'une communication orale, dans les conditions réelles d'un congrès. En fin comme en début de cursus, c'est une occasion unique de valo-



Cette année le thème était "Communiquer et convaincre : des outils indispensables à tout médecin de santé publique". Après de riches interventions autour du plaidoyer en santé et de la communication avec les médias, le 7ème Congrès Annuel des Internes de Santé Publique (CAISP) a permis de mettre en lumière la diversité des projets et productions des ISP.

riser l'un de ses projets, Tous les travaux sont les bienvenus (études scientifiques, sociologiques, action,...) ! La sélection des abstracts et de la meilleure communication est faite par un comité scientifique s'appuyant sur une grille de critères tels que l'originalité de la démarche, la qualité scientifique, la rigueur méthodologique, l'impact des résultats, etc.

L'équipe d'organisation des Journées du CliSP 2016

Maud Giacomelli, ISP à Paris
 Alexandre Fauconnier, ISP à Paris
 Clémence Grave, ISP à Paris
 Sylvain Gautier, ISP à Paris
 Adrien Guilloteau, ISP à Dijon
 Luc Haudebourg, ISP à Paris
 Laetitia Satilmis, ISP à Lyon
 Guillaume Ah-Ting, ISP à Paris
 Florence Francis, ISP à Bordeaux
 Camille Rolland, ISP à Paris

Cette année, le prix de 350 euros a été remporté par Alice Desbiolles (voir ci-après) pour sa communication sur l'incidence des cancers de l'adulte autour des centrales nucléaires françaises.



Le CliSPo a permis aux ISP d'échanger avec d'anciens internes désormais dans le monde professionnel sur des questions telles

que l'expérience du premier emploi ou la plus-value du médecin de santé publique, lors de deux tables rondes.

Les journées du CliSP constituent aussi un moment de rassemblement des ISP. Un riche programme social est proposé chaque année. Lors de cette édition 2016, les ISP ont été invités à partir en quête d'un mystérieux voleur à Montmartre (jeu de piste), ont dégusté des pizzas sur les quais de Seine et participé à un apéritif dinatoire dans le 18ème arrondissement.



INCIDENCE DES CANCERS DE L'ADULTE AUTOUR DES CENTRALES NUCLÉAIRES

Incidence des cancers de l'adulte autour des centrales nucléaires françaises

Marie-Laure Bidondo¹, Alice Desbiolles¹, Sarah Gorla¹, Cécile Kairo¹, Candice Roudier¹, Morgane Stempfelet¹, Blandine Vacquier¹

¹ Santé publique France (Institut National de Veille Sanitaire), Saint-Maurice

INTRODUCTION

De nombreuses questions émergent de la part des populations riveraines des installations nucléaires quant à leur impact sur la santé. En France, il existe un unique dispositif de surveillance sanitaire des hémopathies malignes pédiatriques autour des centres nucléaires de production d'électricité (CNPE). Afin de tester la mise en place d'un dispositif de surveillance sanitaire chez les adultes, une étude pilote de l'incidence des cancers autour des CNPE a été réalisée.

MÉTHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude écologique chez la population âgée de 15 ans et plus résidant dans les 20 km autour de 7 CNPE. Les risques relatifs (RR) ont été estimés pour des localisations cancéreuses associées aux rayonnements ionisants : cerveau, vessie, thyroïde, sein et ovaire pour les femmes, et hémopathies malignes. Les données d'incidence entre 1995 et 2011 sont issues des registres du cancer. La distance aux centrales nucléaires a été utilisée comme proxy de l'exposition.



RÉSULTATS

Les résultats obtenus ne mettent pas en évidence de sur-risque de cancer chez l'adulte autour des 7 CNPE. Seul un excès de cancer de la vessie a été observé : hommes (n=779 ; RR=1,08 – IC_{95%} (1,00-1,17)) et femmes (n=200 ; RR=1,19 – IC_{95%} (1,02-1,39)). Des analyses complémentaires réalisées en fonction de la puissance des réacteurs et de la durée d'activité des CNPE ne retrouvent pas d'augmentation du risque relatif.

CONCLUSION

Des développements méthodologiques permettant une caractérisation plus fine de l'exposition doivent également être apportés. Des collaborations institutionnelles et internationales pourraient améliorer la puissance d'un tel dispositif de surveillance afin de le généraliser à l'ensemble du territoire.

PROCESSUS DÉCISIONNEL ET DIFFICULTÉS DES LAT EN GÉRIATRIE

Processus décisionnel et difficultés des LAT en gériatrie

Amélie Tugayé¹, Dr. Jean-Marie Gomas¹

¹ CETD et Centre de Soins palliatifs – Hôpital Ste Péline – AP-HP

INTRODUCTION

Les situations de fin de vie sont très fréquentes mais n'ont pas été assez étudiées en gériatrie. L'objectif de cette étude était de décrire les pratiques de décisions de Limitation et Arrêts des Thérapeutiques (LAT) et les difficultés associées en gériatrie afin de proposer des axes d'amélioration.

MÉTHODE

Entretiens semi-dirigés auprès de médecins et infirmiers à propos de patients décédés, dans 3 hôpitaux gériatriques. Analyse des entretiens par analyse des unités sémantiques.

RÉSULTATS

15 médecins et 21 infirmiers ont été interrogés sur 30 décès. Les LAT sont fréquents, les médecins ont du mal à aborder le sujet avec les patients et ceux-ci ne sont pas assez impliqués dans la décision. Un manque de communication au sein des équipes conduit à une prise de décision tardive. La procédure collégiale est mal connue. Le manque de ressources humaines empêche une prise en charge totalement satisfaisante des patients. La personne de confiance et les directives anticipées sont mal connues.



CONCLUSION

Devant ces résultats, des propositions d'améliorations sont proposées. Anticiper en discutant avec les patients de leurs volontés bien en amont d'une décompensation. Une définition des modalités de la procédure collégiale est indispensable. Des actions simples comme la création d'outils pratiques (feuille de LAT) ou repenser son organisation en groupe permet de faciliter la prise de décision. Renforcer la formation pratique en soins palliatifs et en communication sans négliger la formation théorique est un levier majeur. S'assurer de la bonne utilisation des ressources (lits dédiés) permettrait une amélioration globale par optimisation des ressources.

PROMOUVOIR LA SANTÉ DES 0-6 ANS EN RÉGION RHÔNE-ALPES

Promouvoir la santé des 0-6 ans en région Rhône-Alpes : un exemple de démarche fondée sur les preuves

Laetitia Satilmis¹

¹ Service de Prévention Promotion de la Santé, ARS Auvergne-Rhône-Alpes

INTRODUCTION

Les enjeux autour de la petite enfance et des inégalités sociales de santé (ISS) sont majeurs. L'objectif était, dans le cadre de la construction d'un appel à candidatures pour des actions de prévention/promotion de la santé des 0-6 ans en région Rhône-Alpes, d'objectiver les besoins des territoires, d'identifier le type d'action à soutenir et de définir la place de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes dans ce champ.

MÉTHODE

Recensement des sources de données de santé des 0-6 ans accessibles en région et sélection d'indicateurs d'ISS. Entretiens semi-directifs des partenaires (institutionnels, professionnels et associatifs) de l'ARS concernant les thématiques prioritaires et les modes de gouvernance. Analyse de synthèses de littérature sur les interventions fondées sur les données probantes.

RÉSULTATS

L'exploitation des différentes sources de données a permis d'identifier 5 indicateurs d'ISS. Les thématiques prioritaires issues de 35 entretiens (mai 2015 - janvier 2016) étaient : la précarité/



isolement, la relation éducative/parentalité, le dépistage précoce des troubles du développement et les ruptures de parcours. Des principes et modes d'intervention ont été identifiés au sein d'une synthèse de revues de littérature sur des interventions précoces « validées » en santé mentale.

CONCLUSION

La recherche et la confrontation de différentes sources de données a permis d'identifier le type d'action à soutenir mais également des leviers et perspectives en terme de méthodologie et de coordination, interne et externe, dans la définition des stratégies de l'ARS en matière de petite enfance.

BÉNÉFICES PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DE L'ACTIVITÉ SPORTIVE

Bénéfices physiques et psychologiques de l'activité sportive dans une cohorte de malades chroniques

A. Ardoin¹, B. Canot², L. Vercoutere³

¹ Interne en santé publique, Service Communal d'Hygiène et Santé, Ville de Reims

² Médecin directeur, Service Communal d'Hygiène et Santé, Ville de Reims

³ Médecin généraliste, Président du Réseau Sport Santé Bien Être Champagne Ardennes, Reims

INTRODUCTION

L'activité sportive adaptée (ASA) montre son intérêt dans la prise en charge curative et préventive des maladies chroniques. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les effets de l'ASA pendant un an sur l'amélioration de performances physiques et la qualité de vie (QdV).

MÉTHODES

C'était une cohorte prospective observationnelle monocentrique de patients rémois atteints de maladies chroniques, inclus entre 2013 et 2015, suivi pendant un an. L'ASA consistait en une pratique sportive dans un club partenaire. Les tests de six minutes de marche, de tonicité, de Schöber, les dimensions « santé physique » et « santé mentale » du MOS-SF36, le niveau d'activité par l'échelle de Ricci et Gagnon étaient les paramètres annuellement recueillis. Des comparaisons par test de Student apparié furent réalisées.

RÉSULTATS

463 patients furent inclus, âgés de $51,61 \pm 14,81$. En fin de suivi, les résultats des paramètres physiques sont significativement améliorés : test de six minutes de marche (+30,7 m ; IC95%



[21.6;39.7] ; $p < 0,01$) ; la tonicité (+2,58 minutes ; IC95% [1.92;3.24] ; $p < 0,01$) ; souplesse du rachis (-3,26 cm, IC95% [-4.00;-2.53] ; $p < 0,01$). La QdV est significativement améliorée : « santé physique » (+2,27 points ; IC95% [0.77 - 3.77] ; $p = 0,003$) ; « santé mentale » (+2,85 points ; IC95% [1.02 - 4.68] ; $p = 0,003$) ; niveau d'activité (+4,53 points ; IC95% [3.57 - 5.50] ; $p < 0,01$).

CONCLUSION

Cette étude montre les bénéfices significatifs de l'ASA sur la QdV des maladies chroniques.

CONTROL OF A METHICILLIN-RESISTANT STAPHYLOCOCCUS AUREUS OUTBREAK

Control of A Methicillin-Resistant *Staphylococcus Aureus* outbreak in a Neonatal Intensive Care Unit and a Neonatology Unit with topical mupirocin

Maria Francesca Manca¹

¹ Service d'épidémiologie et hygiène hospitalières, 14 rue Gaffarel 21079 Dijon

BACKGROUND

The objective of this article is to report the results of a methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) universal decolonization strategy pursued with topical mupirocin.

METHODS

An outbreak of MRSA occurred from January to April 2016 in the NICU and the Neonatology unit of the university hospital of Dijon, involving 15 children. During the outbreak there were no infections. An alternate weekly screening was performed in the two units. We did an uncontrolled before and after intervention using topical mupirocin to reduce the colonization rate, after the failure of common infection control procedures, in order to reduce the risk of infection and the workload of healthcare workers. We used a universal decolonization strategy, i.e. we applied topical mupirocin, twice a day for 5 days, to every child, regardless of the results of her screening.

RESULTS

When we decided to begin the decolonization, there were 6 positive children in the Neonatology unit. Two children remained positive after the decolonization. The suc-



cessful decolonization was hence reached at first in the 66,66% of cases [CI95% 22,27% - 95,67%]. One of the positive children became negative after a second decolonization; one was discharged from the hospital before another decolonization was possible.

CONCLUSION

Even though it is not possible to generalize our results, we conclude that decolonization with mupirocin is a possibility during MRSA outbreaks in neonatal units, which can be discussed when the presence of many colonized children increases the workload to the limits where it can be hazardous for the care of patients.

CHANGES IN PHYSICIANS' PRACTICE USING A CARDIOLOGIC TELE-EXPERTISE NETWORK

Changes in physicians' practice using a cardiologic tele-expertise network in Mongolia: An ethnographic study on implementation of technology in medical practice

Sonia Molho¹

¹ MON/005 project, Luxembourg Development Agency, Luxembourg

BACKGROUND

The Luxembourg Government supports the Mongolian Government in cardiologic care since 2001 through a telemedicine project. The fundamental strategy was to create a centre disseminating knowledge and providing assistance to physicians through a tele-expertise network. A qualitative approach based on the central role played by physicians is useful to better understand what factors contributed to the successful implementation of the project. Therefore, this ethnographic study aims to understand how the project has changed doctors' practice to identify elements that facilitate acceptance of telemedicine. The purpose of this research is to contribute to promote the development of telemedicine in capitalizing on the experience of the Mongolian telemedicine project.

METHODS

We gathered physicians' insights through participant observation and in-depth interviews of nineteen physicians of the project, added to focus group interviews including nine physicians from the most remote provinces.



RESULTS

Our findings show that the technical and social aspects of the project reinforce each other in fostering doctors' greater autonomy, creating a sense of belonging to a community and promoting ownership of the project, crucial elements for acceptance. The project offers technological support through a tele-expertise network and a dedicated website that help improving professional capacities and participate in increasing physicians' self-confidence and autonomy. Meanwhile, the technological structure is supported by strong collaboration between physicians, their participation to the project development and involvement toward new professional activities. It results in structuring a community of cardiologists with a great sense of belonging and ownership that created a social environment for the technology to work.

ONTOLOGIE ET AIDE AU CODAGE

Ontologie et aide au codage : l'exemple des infections pulmonaires bactériennes

Guillaume Ah-Ting^{1,2}, Rosy
Tsopra^{1,2}, Catherine Duclos^{1,2}

¹ Hôpital Avicenne, AP-HP

² LIMICS, UMR 1142

INTRODUCTION

Le codage hospitalier est un processus complexe mais indispensable. Le but de cette étude est d'enrichir une ontologie de bactéries, de l'utiliser pour décrire les infections bactériennes pulmonaires de la CIM-10 et de tester cette ressource.

MÉTHODE

Nous avons enrichi notre ontologie de bactéries avec notre système d'information hospitalier de microbiologie (GLIMS®) et la Classification Internationale des Maladies, version 10 (CIM-10). Cette ressource nous a permis décrire les infections bactériennes pulmonaires extraites de la CIM-10. Ces données ont été saisies dans le logiciel de gestion de l'ontologie afin de pouvoir tester cette ressource finale via le système de requête intégré.

RÉSULTATS

298 bactéries ont enrichi notre ontologie initiale, la plupart provenant de GLIMS®. 41 infections bactériennes pulmonaires ont été décrites en fonction de leur milieu de prélèvement et leurs bactéries spécifiques. L'évaluation de notre ressource nous donne une sensibilité de 100%, une spécificité de 66,1% et un F-score de 79,6%.



DISCUSSION

D'autres solutions doivent être trouvées pour les infections bactériennes pulmonaires non rentrées. Il serait intéressant de poursuivre ces travaux sur les autres infections bactériennes, et de comparer nos résultats à un codage de référence.

CONCLUSION

Nous avons créé une ressource ontologique susceptible de nous donner le code CIM-10 correspondant à son infection bactérienne pulmonaire à partir du compte-rendu bactériologique. Pour cela, nous récupérons le milieu de prélèvement ainsi que la bactérie identifiée par le microbiologiste, nous effectuons une requête dans le logiciel de gestion de l'ontologie et nous analysons les résultats.

IMPLANTS HÉPARINÉS DANS LE PONTAGE SOUS-POPLITÉ DES PATIENTS EN ISCHÉMIE

Implants héparinés dans le pontage sous-poplité des patients en ischémie critique : une analyse d'impact budgétaire à 5 ans basée sur un modèle

Simon Vergnaud^{1,3}, Valéry-Pierre Riche¹, Philippe Tessier^{1,2}, Nicolas Mauduit³, Adrien Kaladji¹, Yann Gouëffic^{1,3}.

¹ Innovation Cell, Partnership and Innovation Department, Directorate of medical affairs and research, CHU de Nantes

² SPHERE (EA4275) - Biostatistics, Clinical Research and Pharmacology, Nantes University

³ Department of Medical Information, CHU de Nantes

⁴ Laboratoire de Physiopathologie de la Résorption osseuse, Inserm-UN UMR-957, Nantes, F-44000

OBJECTIF

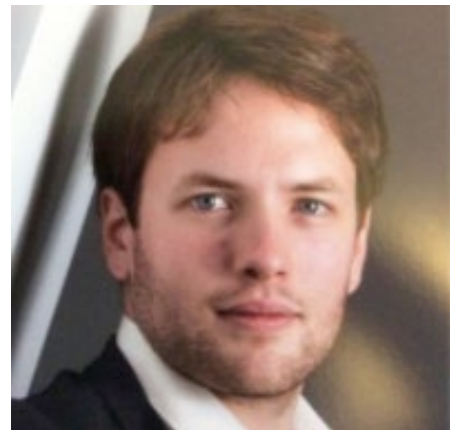
Évaluer l'impact financier du point de vue du financeur d'un remplacement progressif d'implants artériels en polytetrafluoroéthylène par des implants enduits d'héparine supposés plus efficaces pour les pontages infrapoplités chez les patients en ischémie critique en France.

MÉTHODE

Grâce à la base de données de l'activité hospitalière (PMSI), nous avons estimé le taux de réhospitalisation après une pose d'implant PTFE en 2011 dans la population d'intérêt, ainsi que les coûts engendrés par les hospitalisations initiales et subséquentes. Le taux de réhospitalisation pour les implants héparinés a été calculé à partir de données de la littérature. Nous avons ensuite modélisé l'impact budgétaire à 5 ans de la transition de l'ancien implant vers l'implant innovant. Une analyse de sensibilité a permis d'évaluer la robustesse de nos résultats.

RÉSULTATS

Les données PMSI ont révélé que 656 patients avaient reçu un pontage par PTFE en 2011. Le taux de réhospitalisation pour le PTFE était de 35,1%. Le surcoût moyen de



l'intervention initiale était 627 €, et le coût moyen d'une réhospitalisation était de 10 689 €. Le taux de réhospitalisation calculé pour l'implant hépariné était de 24,4%. L'analyse d'impact budgétaire à 5 ans retrouvait une réduction budgétaire cumulée à 5 ans de 112 420 €, pour une population projetée de 3 215 patients.

CONCLUSION

Notre modélisation de l'impact budgétaire des implants héparinés à 5 ans a montré un impact positif sur le budget du financeur public du remplacement des implants PTFE par l'implant innovant.

COMPOSITE CEREBELLAR FUNCTIONAL SEVERITY (CCFS)

Actualités

Composite Cerebellar Functional Severity (CCFS): un score quantitatif de la dysfonction cérébelleuse dans les ataxies de Friedreich

A Tanguy¹, C Mariotti², S Benaich^{1,3}, A Durr^{1,3}, S Tezenas du Montcel^{1,4} au nom du consortium EFACTS

¹ AP-HP, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris, France

² Unité de Génétique des troubles neurodégénératifs et métaboliques, Istituto Neurologico C Besta, Milan, Italy

³ ICM (Institut du cerveau et de la moelle épinière), Sorbonne Universités, UPMC Université Paris 06 UMR_S1127, and INSERM U1127, CNRS UMR 7225 Paris, France

⁴ Sorbonne Universités, UPMC Université Paris 06 UMR_S1136, and INSERM UMR_S 1136, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Paris, France

CONTEXTE

Pour évaluer le handicap cérébelleux, des échelles cliniques existent, comme l'Assessment and Rating of Ataxia (SARA) ou le Composite Cerebellar Functional Severity (CCFS), un score validé basé sur la performance clinique. Nos objectifs sont de comparer les scores d'évolutions entre les patients atteints d'ataxie de Friedreich (FRDA) et ceux atteints de diagnostics proches, d'établir la présence d'effet seuil et plafond pour les échelles SARA et CCFS, et d'évaluer leur validité pour le suivi des patients et de futures études thérapeutiques.

MÉTHODE

Le recrutement fut prospectif de 2011 à 2015 au sein du Consortium européen de l'Ataxie de Friedreich pour la recherche translationnelle (EFACTS) pour les patients FRDA, et à Paris et Milan pour les témoins.

RÉSULTATS

383 patients FRDA et 432 témoins (205 SCA (ataxie dominante), 59 FSP (paraplégie spastique) et 168 témoins sains) furent recrutés consécutivement. Les patients FRDA avaient des scores CCFS et SARA supérieurs aux



patients SCA, FSP et sains respectivement (CCFS: 1.225 ± 0.158 vs 1.101 ± 0.175 , 0.904 ± 0.080 , 0.843 ± 0.045 , $P < 0.0001$; SARA: 18.3 ± 8.4 vs 13.5 ± 7.1 , 5.8 ± 4.8 , 0.8 ± 1.0 , $P < 0.0001$). Les tailles d'effet étaient modérées (CCFS: $0.20 [0.09; 0.31]$, SARA: $0.33 [0.20; 0.46]$). Les modèles de régression sigmoïdes montrèrent des effets planchers et plafonds pour le SARA chez les patients FRDA et SCA.

CONCLUSION

Pour surveiller la progression de la maladie, l'échelle SARA est appropriée pour les ataxies dominantes et de Friedreich. Cependant pour les stades précoces et tardifs de la maladie, le CCFS semble plus adapté. Le CCFS est un outil intéressant en multicentrique car il est simple, rapide et entièrement automatisé.

INTERVIEW : OLIVIER SMADJA



Soucieux de faire diminuer la prévalence tabagique en France, Santé publique France proposera au mois de novembre prochain à tous les fumeurs d'arrêter ensemble. Cette déclinaison du programme Stoptober britannique vient enrichir le plan national de réduction du tabagisme (PNRT). Olivier Smadja nous éclaire sur le pilotage de ce projet d'envergure nationale.

CB : POUVEZ-VOUS TOUT D'ABORD VOUS PRÉSENTER EN QUELQUES MOTS ?

Je m'appelle Olivier Smadja, je travaille dans l'unité Addiction de Viêt Nguyen-Thanh (tabac, alcool, drogues illicites et addictions sans substance), au sein de la direction de la Prévention et Promotion de la santé de Santé Publique France. Cette direction s'occupe du pilo-

tage, de la conception et mise en œuvre des politiques publiques de prévention et promotion de la santé. Sur le tabac, je m'occupe du pilotage du projet Moi(s) sans tabac (MsT), et j'interviens aussi sur le dispositif d'aide à l'arrêt Tabac Info Service (TIS).

CB : ON CONNAÎT LES ENJEUX EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME EN FRANCE, POURQUOI CETTE CAMPAGNE ?

Pour deux raisons : d'une part, la France est un mauvais élève en terme de prévalence du tabagisme,

et d'autre part, le tabagisme est la première cause de décès évitables en France. C'est une obligation que d'agir quand on s'intéresse à la santé publique. Par ailleurs, on sait que les campagnes, notamment en matière de lutte contre le tabagisme, sont des ressorts efficaces de l'intervention publique.

On a découvert cette opération en Angleterre (connue sous le nom de Stoptober), opération qui a été évaluée et a montré des résultats plus qu'encourageant : les anglais ont observé 50 % de tentatives d'arrêt en plus au mois d'octobre 2012 (comparativement aux années précédentes). Cela nous semblait

Quelques chiffres concernant le tabagisme en France :

- En France, **1 français sur 3 est fumeur** (34% de prévalence selon le Baromètre 2014 de Santé publique France). La France est un « mauvais élève » en Europe : la Belgique et l'Angleterre enregistrent 20% de prévalence.
- **78 000 décès évitables par an** sont attribuables au tabac. Les causes de ces décès sont en premier lieu les cancers (17 différents), puis les maladies cardio-vasculaires et enfin les maladies respiratoires comme la BPCO. La femme enceinte présente des risques spécifiques.
- Le tabagisme révèle les **inégalités sociales de santé** : les plus pauvres sont les plus touchés.
- **60% des fumeurs sont désireux d'arrêter** de fumer.
- Seuls 3 à 5 % des fumeurs s'arrêtant sans aide réussissent à s'abstenir à long terme (6-12 mois) d'après une revue systématique de Hugues en 2004 (*Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers ; revue Addiction*), d'où l'importance d'en parler et de se faire aider.

intéressant de capitaliser sur une opération de communication qui disposait déjà d'une évaluation robuste, plutôt que de partir de zéro.

CB : EN QUOI S'AVÈRE-T-ELLE DIFFÉRENTE DE TOUT CE QUI A DÉJÀ ÉTÉ TENTÉ ?

Elle est différente sur deux points. Tout d'abord le MsT fait une promesse aux fumeurs: « on vous lance un défi, essayez d'arrêter de fumer pendant 30 jours. Si vous y parvenez, vous aurez multiplié par 5 vos chances de rester non fumeurs ».

Jusqu'à présent, nos campagnes avaient implicitement pour objectif d'inviter à arrêter de manière définitive. D'autre part, jusque là, chaque année, nous faisons uniquement des campagnes média (diffusées à la télé, à la radio, sur internet, etc). Dans le MsT, il y a à la fois un volet média mais aussi un volet très important hors média, avec l'ambition d'aller rencontrer les fumeurs sur le terrain via des actions de proximité. Cela permet de leur fournir directement des ressources et outils pour leur donner envie de faire une tentative d'arrêt, et de les accompagner dans celle-ci.

CB : VOUS NOUS DÎTES QUE MOI(S) SANS TABAC EST UNE DÉCLINAISON À LA FRANÇAISE DU STOPTOBER BRITANNIQUE. QUELLE EST NOTRE SINGULARITÉ ? QUELLES SERONT LES

SPÉCIFICITÉS DE LA VERSION « FRANÇAISE » ?

Déjà on ne s'appelle pas pareil (rires) ! On a repris la philosophie de Stoptober en inventant un dispositif singulier dont on espère qu'il sera adapté au contexte français. L'organisation locale et l'accompagnement à la sortie du tabac sont différents outre-manche. En Angleterre, il existe 152 Stop Smoking Services étendus sur tout le territoire qui sont entièrement mobilisés pour Stoptober. En France, on peut s'appuyer sur le réseau des 1500 tabacologues en exercice mais de façon différente. Il nous a fallu organiser des partenariats non seulement avec les professionnels de santé mais aussi avec toute la société civile, acteurs de santé publique et grandes entreprises, en les faisant adhérer à notre projet.

CB : ON COMPREND LE TRAVAIL DE LONGUE HALEINE QUE CELA A DÛ ÊTRE. COMBIEN DE TEMPS A-T-IL FALLU AU TOTAL POUR FAIRE NAÎTRE LE MOI(S) SANS TABAC ?

Il a fallu en tout environ 16 mois, du début du projet jusqu'à la date officielle de son lancement (le 10 octobre 2016). Public Health England (PHE) nous a présenté pour la première fois Stoptober en 2012 à Londres. L'année suivante, la publication des résultats¹ de la campagne sur les tentatives

¹ How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign « Stoptober » ? , Jamie Brown et al., Drug Alcohol Depend., 2014



Si vous ne fumez pas pendant 30 jours, vous aurez multiplié par 5 vos chances de rester non fumeurs

(...)

On a repris la philosophie de Stoptober en inventant un dispositif singulier [...] adapté au contexte français





La première étape a été de détailler [...] ce qu'était Stoptober

(...)

Nous avons été victimes de notre succès !

d'arrêt au mois d'octobre 2012 a fini de nous convaincre de faire de même ! En parallèle, le PNRT (Plan National de Réduction du Tabagisme, ndlr) était en cours d'écriture, et MsT s'y est trouvé inscrit. A la nomination de François Bourdillon à la tête de l'ex-INPES, la Direction Générale de la Santé (DGS) nous a donné le feu vert.



CB : COMMENT AVEZ-VOUS PRÉPARÉ LA CAMPAGNE EN AMONT DE SON LANCEMENT OFFICIEL ?

La première étape a été de détailler par écrit tout ce qu'était Stoptober. Après avoir décrit l'organisation mise en place par PHE, on a présenté le projet à la DGS, aux ARS et aux divers partenaires. Cela nous a permis d'identifier les leviers et les freins. On a alors pu construire le projet français. Le premier comité de pilotage s'est déroulé en février 2016. Un pilotage régional a également été imaginé, pour être au plus près des actions locales. La deuxième grande étape a été celle de la conception et production des outils : un espace professionnels sur le site TIS, un kit d'aide à l'arrêt etc. Un appel à projet a aussi été lancé pour associer au MsT d'autres institutions (ligue nationale contre le cancer, fondation du souffle etc.). Enfin, en juin a été présenté l'identité visuelle du projet avec le logo du MsT notamment.

CB : PRÉVENIR C'EST SURTOUT COMMUNIQUER. SUR QUELS CANAUX COMPTEZ-VOUS POUR LE MST ? SONT-ILS DES CANAUX DE COMMUNICATION TRADITIONNELS POUR VOUS ? Y A-T-IL EU DE L'INNOVATION EN LA MATIÈRE À CETTE OCCASION ?

On communique sur tous les canaux de communication : internet, TV, radio, smartphone, campagne d'affichage, mais aussi via les réseaux sociaux et application mobile TIS. Plus localement, les ambassadeurs superviseront les multiples actions de proximité et les pharmacies mettront à disposition gratuitement sur leurs présentoirs nos kit d'aide à l'arrêt.

CB : QUI SONT LES PARTENAIRES DU MST ? ONT-ILS ÉTÉ DIFFICILES À MOBILISER ?

Au-delà des professionnels et des grandes institutions, ce sont plus de 50 partenaires qui porteront le défi collectif du MsT. L'engouement a été dès le départ au rendez-vous. Le plus compliqué a été de travailler avec des opérateurs qui n'interviennent pas dans le monde de la santé : le tabac est peu présent dans la "sécurité au travail" et beaucoup d'entreprises le relèguent à la sphère privée, considérant que le tabagisme est un choix personnel. Il a fallu leur expliquer que cela les concernait aussi. Nous avons été victimes de notre succès ! Nous ne sommes qu'une dizaine à travailler sur ce

projet. On se retrouve vite sollicité de toute part !

CB : LE MOI(S) SANS TABAC AURA UNE IDENTITÉ VISUELLE PROPRE. QUELS ARBITRAGES ONT ÉTÉ RENDUS À CE PROPOS ? POURQUOI CE LOGO ?

Il y a eu d'abord le choix du nom de l'opération, qui finalement a été choisi assez tard, en février dernier. Son nom devait être compréhensible et porteur de sens. Et concernant le logo, on voulait qu'il soit facilement compréhensible et identifiable, lisible, dynamique et renvoyant à des idées positives !

CB : ON REPROCHE DE FAÇON RÉCURRENTÉ L'ABSENCE D'ÉVALUATION DES ACTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE MENÉES. ALORS QUE LE MOI(S) SANS TABAC S'INSCRIT DANS LE PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME (PNRT 2014-2019), POUVEZ-VOUS NOUS EN DIRE D'AVANTAGE SUR LE VOLET ÉVALUATIF DU DISPOSITIF ?

Comme les anglo saxons, nous avons prévu un volet évaluatif à la mesure de notre ambition et de nos moyens. Il est prévu que l'on mène une évaluation d'impact, en mesurant les tentatives d'arrêt grâce au Baromètre Santé 2017, et une évaluation de processus pour savoir comment a été perçu, compris et mémorisé MsT. On sera également attentif à l'implication,

la perception et l'agrément. Un post-test quantitatif auprès du grand public est prévu ainsi qu'un post-test qualitatif auprès des professionnels de santé et auprès des inscrits à Mois sans tabac.

CB : À VOUS ENTENDRE, ON MESURE L'INVESTISSEMENT, TANT HUMAIN QUE FINANCIER, DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, LA NOUVELLE AGENCE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE, SUR CE PROJET. CETTE ACTION NE VA-T-ELLE PAS SUPPLANTER D'AUTRES CAMPAGNES MÉDIATIQUES DE LUTTE CONTRE LE TABAC ? LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME NE VA-T-ELLE SE RÉSUMER, EN FRANCE, QU'AU MOI(S) SANS TABAC ?

Les campagnes de lutte contre le tabagisme sont les campagnes médiatiques de Santé Publique France pour l'essentiel. Nous avons prévu de continuer à communiquer tout au long de l'année mais évidemment pas avec la même puissance que celle déployée pour MsT. Nous souhaitons que cette opération trouve sa place dans le calendrier de communication de lutte contre le tabagisme. La campagne va perdurer dans le temps et être relancée chaque année au mois de novembre. En janvier prochain, nous communiquerons sur les moyens d'aide pour arrêter de fumer, notamment en promouvant Tabac Info Service. Enfin, n'oublions pas que le PNRT contient beaucoup d'actions (le paquet neutre en est

une) et que beaucoup de choses sont encore à faire dans la lutte contre le tabagisme.

Propos recueillis par Camille Bertrand, ISP à Paris

Lien recommandé :

<http://pro.tabac-info-service.fr/>

Le Moi(s) sans tabac en quelques chiffres :



- 70 000 kits d'aide à l'arrêt disponibles
- Près de 60 partenaires
- Une équipe de 10 personnes
- 16 mois de préparation



L'équipe du Moi(s) sans tabac

INTERVIEW AISP : MARION ALBOUY-LLATY

HO : BONJOUR MARION, POURRAIS-TU TE PRÉSENTER EN QUELQUES MOTS ?

Je suis médecin de santé publique, maître de conférences des universités-praticien hospitalier en épidémiologie et prévention, au CHU de Poitiers, depuis septembre 2014.

HO : POURRAIS-TU NOUS PARLER DE TON PARCOURS ?

Après mes études de médecine à Tours, j'ai choisi la filière santé publique car je voulais faire de la prévention. Arrivée à Poitiers, j'ai voulu effectuer des stages de terrain dans les différentes fonctions publiques : DDASS86, PMI79, CDAG et hygiène et ai effectué un master de promotion de la santé sur le thème de la place de l'hôpital en prévention.

Puis, je me suis formée à la recherche avec un cursus en épidémiologie périnatale et en santé environnementale (Master de Paris XI et doctorat à Poitiers) à la fin de mon internat et pendant mes quatre ans de clinicat.

HO : POURQUOI AVOIR CHOISI LA SPÉCIALITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Sans hésiter, pour améliorer la santé des gens !

Je ne l'ai pas compris tout de suite, mais pendant mes études, je ne me suis pas retrouvée dans le modèle biomédical classique, symptomatique. La relation avec les patients était formidable mais j'avais l'impression de ne pas vraiment changer les choses.

J'ai eu deux déclics : lors d'une visite, quand, après de nombreuses ré-hospitalisations, l'équipe médicale s'est rendue compte qu'un patient utilisait mal ses inhalateurs, et l'été 2003 quand j'étais FFI (faisant fonction d'interne) en gériatrie, en pleine canicule...

La santé publique m'est apparue comme la spécialité qui me permettrait d'aider les gens en amont de la maladie, de mieux les comprendre, de mieux organiser leurs parcours de santé.

Aujourd'hui avec l'éducation thérapeutique du patient, le modèle évolue un peu, et j'en suis ravie !

HO : POURRAIS-TU NOUS PARLER DE TON ACTIVITÉ ACTUELLE ?

Je travaille dans le service de santé publique du CHU de Poitiers et suis chargée du projet de « Maison de la santé publique ». C'est une plateforme de promotion de la san-



té, innovante, originale, permettant le développement et la mise en œuvre d'interventions de promotion de la santé, et de programmes de recherche interventionnelle dans un cadre adapté et contextualisé (véritable maison de 500m² avec différentes pièces de vie).

Elle intégrera différentes structures de promotion de la santé telles que les permanences d'associations de patients, le Centre Gratuit de Dépistage et Diagnostic du VIH, des hépatites B et C, et des Infections Sexuellement Transmissibles, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé, l'Instance Régionale d'Éducation et Promotion de la Santé et l'Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique du Patient du CHU de Poitiers que je coordonne.



La santé publique m'est apparue comme la spécialité qui me permettrait d'aider les gens en amont de la maladie, de mieux les comprendre, de mieux organiser leurs parcours de santé.

(...)

[La promotion de la santé] est un domaine tellement complexe, parce que Humain sans doute, qu'il faut le point de vue de tous pour co-construire des interventions.

(...)

C'est une spécialité exigeante et enrichissante.

(...)

Médecin de santé publique est un métier de relations



HO : QUELS SONT SELON TOI LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS D'UNE CARRIÈRE UNIVERSITAIRE ?

Le premier avantage que je vis est l'ouverture, relationnelle et intellectuelle : la rencontre avec les étudiants, avec les chercheurs de différentes disciplines, de différents horizons, de différents pays... et la découverte de nouveaux sujets. Les liens à faire. C'est extrêmement riche.

HO : QU'EST CE QUI A MOTIVÉ CE CHOIX DE TRAVAILLER SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ ?

Le fait de vouloir renforcer les capacités de prise de décision et d'action des gens tout au long de leur vie, de les rendre acteurs.

Le fait aussi d'échanger avec différentes parties prenantes : les gens eux-mêmes, les acteurs de terrain comme les associations, les institutionnels, les décideurs.

C'est un domaine tellement complexe, parce que Humain sans doute, qu'il faut le point de vue de tous pour co-construire des interventions.

HO : QUELLES SONT, SELON TOI, LES COMPÉTENCES INDISPENSABLES À TOUT MÉDECIN DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Elles sont nombreuses. C'est une spécialité exigeante et enrichissante.

Des compétences relationnelles et techniques.

Médecin de santé publique est un métier de relations avec différents publics selon son orientation : étudiants, collègues, décideurs....

C'est aussi un métier d'expertise : médicale, thématique (santé environnementale et éducations en santé, pour ma part), méthodologique (épidémiologie pour ma part mais je m'intéresse beaucoup à la psychologie sociale).

HO : POURRAIS-TU NOUS PARLER DE L'INTERNAT DE SANTÉ PUBLIQUE À POITIERS ?

C'est super ! Comme moi, nombreux ont été les internes arrivés par hasard mais qui ont eu du mal à repartir...

Dans notre encadrement, nous essayons d'accompagner au mieux les internes dans la voie qui leur correspond le plus. Nous voulons les aider à mieux se connaître pour faire les bons choix.

L'équipe hospitalo-universitaire est en mesure d'offrir aux internes des stages en épidémiologie, biostatistiques, promotion de la santé, sur les thèmes de la santé environnementale, l'éducation thérapeutique des patients, la gestion des risques associés aux soins, les cancers.

HO : UN DERNIER MESSAGE À NOS LECTEURS ?

Bravo au CLISP. Continuez à faire du lien et à présenter notre spécialité, notamment aux externes en médecine.

La médecine doit tendre vers une approche globale de la personne. C'est de notre responsabilité d'enseignant que d'insuffler cela, c'est celle des étudiants de développer leur pensée créative !

**Propos recueillis par Houria
Ouazzani, ISP à Poitiers**

Lien recommandé :

www.litteratie-sante.com

Le Dr. Albouy-Llaty nous conte sa thèse :

“Ma thèse en 180 secondes” sur YouTube

https://youtu.be/IDf_TWkiv5o

ME MEDICINE VS. WE MEDICINE

DONNA DICKENSON

Lectures

ME MEDICINE vs. WE MEDICINE

RECLAIMING BIOTECHNOLOGY
FOR THE COMMON GOOD

DONNA DICKENSON

Dans cet ouvrage, Donna Dickenson nous invite à modérer notre enthousiasme face à la médecine de précision, ou médecine personnalisée, qui ne recherche pas forcément le bien collectif, coeur de préoccupation de la santé publique.

Vantée de toute part, la médecine de précision, que l'auteur désigne sous le terme "ME Medicine", a pour objectif de proposer un traitement personnalisé au malade, en tenant compte de ses spécificités, idéalement, de son génome. En se concentrant sur l'individu, cette médecine moderne, dont il ne faut ni négliger les bienfaits ni les potentiels, prend le contre-pied d'une médecine plus traditionnelle où le même traitement doit convenir à tous, pour peu que leur situation pathologique soit la même ("WE Medicine").

Donna Dickenson interroge l'essor de la médecine personnalisée et considère que quatre raisons peuvent l'expliquer. En premier lieu, elle affirme qu'un sentiment de "menace et de possible contamination" pousse les individus à se tourner vers des soins individualisés. L'intérêt industriel est évoqué ensuite ; un intérêt à créer de nouveaux produits au sein d'un marché en plein essor, dans autant de niches qu'il est possible d'en imaginer, assurant de fait une forte valorisation. L'accès aux soins peut alors être menacé en se trouvant dépendant de la capacité de chacun à payer. Ensuite, l'auteur souligne la domination des principes d'autonomie et de choix individuel comme valeurs morales d'une

Donna Dickenson est une philosophe américaine spécialiste des questions d'éthique médicale. Détentrice d'un master de la London School et d'un doctorat de l'université de Yale, Donna a passé l'essentiel de sa vie en Grande-Bretagne. Elle est devenue, en 2006, la première femme à recevoir le prix Spinoza-Lens international.

société dans laquelle règne l'individualisme. Enfin, elle souligne les tendances narcissiques des patients, particulièrement visibles dans la pratique de l'*enhancement*. L'auteur se défend de l'argument prétextant que le bénéfice pour un individu est synonyme de bénéfice pour la société entière. Cela n'est pas si évident. En revanche, il est clair qu'en améliorant la santé de certains on creuse les inégalités au sein de la communauté concernée.

Le spécialiste de santé publique, sur ce sujet, se doit d'être éclairé. Alors que la médecine personnalisée transforme le sens du soin dans les sociétés anglo-saxonnes, elle raisonne avec une intensité plus grande encore pour nous dont le système de santé repose sur la fourniture universelle de soins au nom d'un fort pacte social. Le constat est le même qu'il s'agisse du curatif ou du préventif. Pire !

Lorsqu'on ajoute la défiance voire la méfiance à l'égard des politiques et messages sanitaires, le sens de l'intérêt collectif s'éloigne encore davantage. En atteste la complexe problématique de l'hésitation vaccinale, dont nous entendrons encore parler en raison du plan d'action de rénovation voulu par Marisol Touraine, et sur laquelle Donna Dickenson consacre une partie de son livre. Il est difficile d'imposer une obligation vaccinale à une population qui revendique dans un élan surviva-

liste sa liberté à la refuser. C'est là un vrai défi qui nous engage que de parvenir à recréer, dans une société de plus en plus morcelée à tous points de vue (économique, territorial, religieux), un sens de l'intérêt collectif et partant une authentique "prévention collective" là où l'on n'entend plus que de la "prévention individuelle".

MOT DE L'ÉQUIPE FRANÇAISE 2016

EuroNet-MRPH est le réseau européen des internes en Santé Publique. Si à sa naissance en 2011 il ne comptait que deux pays européens - France et Italie -, il en compte dix aujourd'hui : la Croatie, l'Espagne, la Grande-Bretagne, l'Irlande, Malte, les Pays Bas, la Pologne et le Portugal ont rejoint les deux pays fondateurs.

La réflexion initiée lors du meeting d'EuroNet-MRPH en avril 2016 à Zagreb concernant l'élargissement du réseau aux pays qui ne disposent pas d'un internat en Santé Publique s'est poursuivie lors du meeting de Zutphen en juillet 2016, où des représentants turcs avaient été invités. L'intégration de tous les jeunes professionnels de Santé Publique en formation semble être de plus en plus nécessaire pour donner au réseau une envergure internationale mais aussi pour peser davantage sur les politiques éducatives relatives aux internes et « trainees » de Santé Publique en Europe.

Le meeting de Zutphen a été l'occasion de signer un partenariat avec l'association des internes en Santé Publique d'Afrique du Sud, le « South African PH registrar forum ». Les internes des deux associations auront la possibilité

d'assister aux meetings (en présentiel ou par téléconférence), de donner vie à des projets de recherche en commun, d'échanger leurs connaissances techniques dans la gestion des projets ou dans les démarches administratives ou politiques.

La dernière réunion n'a pas omis le principal objet d'EuroNet : la recherche. Outre le projet « Comparaison d'internat en Santé Publique en Europe » et la recherche qualitative par questionnaire « Public Health Informatics », deux autres projets de recherche ont été présentés. Le premier, émanant de l'Italie, s'intéresse au conflit d'intérêt au sein des associations médicales, dans la lignée d'un projet mené par les membres italiens et publié sur le BMJ. Le deuxième, présenté par la France, vise à mieux comprendre les connaissances et l'utilisation de l'open access par les internes en Santé Publique via le remplissage d'un questionnaire.

L'engagement d'EuroNet dans le travail de facilitation des stages à l'étranger et de mobilité a été renouvelé pendant le meeting de Zutphen. Par l'implication directe de ses adhérents, l'association donne aux internes en Santé

L'équipe EuroNet-MRPH France 2016 :

Pauline Boucheron, ISP à Paris
 Paul Olivier Bregeaut, ISP à Tours
 Damiano Cerasuolo, ISP à Rouen
 Hélène Rossinot, ISP à Paris
 Laetitia Satilmis, ISP à Lyon
 Jordan Scheer, ISP à Paris

Publique européens un accès facilité aux stages dans les institutions et les universités des pays membres. À partir de cette année, l'engagement dans la formation à des « internships » ou à des écoles d'été avec une importante réduction des frais d'inscription voit le jour.

Le prochain meeting est prévu pour la fin du mois de Novembre à Dublin. Il sera l'occasion de renouveler les engagements d'EuroNet au sein des associations internationales telle EUPHA, de continuer l'activité de recherche mais aussi de voter un important changement de statut pour permettre à l'association d'être plus efficace dans son but d'intégration et de partage.

Mais un meeting EuroNet reste aussi - grâce au programme social



mis en place par le pays organisateur - une extraordinaire occasion d'échanges et de socialisation, de découverte de nouvelles villes et de nouveaux pays. Il nous permet de créer des liens, de s'enrichir culturellement et de dépoussiérer notre anglais. Tous les internes de Santé Publique français qui souhaitent participer aux meetings ou s'engager dans le réseau sont les bienvenus ! N'hésitez pas à nous contacter.

Damiano Cerasuolo¹, ISP à Rouen

¹ Adresse : Chez SIHP, 8 rue des Fossés Saint-Marcel, 75005 Paris (Métro : Saint-Marcel, Les Gobelins, Censier-Daubenton)

Contactez nous par email (EuroNetMRPHFrance@gmail.com).

Suivez nous sur Facebook (EuroNet-MRPH), sur Twitter (@EuroNetMRPH) et sur LinkedIn (groupe EuroNet-MRPH).

Visitez notre site internet pour plus de nouvelles et pour vous inscrire à la newsletter <http://www.EuroNetMRPH.org>.

L'ORGANISATION DU SANFI 2017 AVANCE !

Après Lille en 2016, c'est à Nantes que se déroulera le prochain SANFI. L'ouest n'ayant pas accueilli cet événement depuis longtemps, nous travaillons dur pour vous préparer une très belle édition !

Ce n'est pas moins de 10 internes nantais qui se sont engagés : Damien DURAND, Lise MANDIGNY, Morgane LANNES, Delphine MOURET, Lucie MALLOGGI, Lucile TRUTT, Bastien FORESTIER, Claire FESQUET, Simon VERNAUD et Basile FUCHS. Nous sommes soutenus par l'association des ISP de l'Ouest, ainsi que par nos enseignants locaux : Pr L. MORET, Dr B. LECLERE, et Dr JM. N'GUYEN. Sans oublier le CUESP, le CIMES, et bien sûr le CLiSP !

« L'organisation d'un SANFI est un travail de tous les instants qui mériterait un poste d'interne à temps plein. C'est un projet qui s'inscrit parfaitement dans notre formation puisqu'il permet de développer des compétences et un réseau indispensable à tout futur MSP. » – Damien

Le thème fixé est : « Urban health : la ville face aux enjeux de santé publique ». Pourquoi ? Parce que c'est un thème d'actualité (nombre croissant de publications), que c'est un sujet non encore traité



De gauche à droite : Delphine, Lucie, Lise, Damien et Lucile

lors d'un SANFI, et qu'il touche de nombreux champs de la spécialité.

Le programme détaillé est déjà disponible sur le site, vous pourrez venir entendre parler promotion de la santé, hygiène, inégalités, mobilités, aménagements favorables à la santé, évaluations, innovations... Nous avons également redynamisé le déroulement du séminaire en y intégrant tables rondes et intervenants internationaux !

« Participer à l'organisation du SANFI, ça n'arrive qu'une fois dans la vie d'un interne. C'est un peu de boulot c'est sûr, mais c'est aussi voir ses co-internes régulièrement pour avancer sur le séminaire, au final on joint l'utile à l'agréable. » – Lise

Autre nouveauté de cette année : nous ouvrons le SANFI à une centaine de participants extérieurs ! Nous avons décidé d'offrir

cette possibilité afin de permettre à la fois aux personnes qui s'y intéresseraient de participer au séminaire, et à la fois aux ISP de rencontrer des professionnels d'autres domaines afin d'échanger avec eux et de booster leur réseau. Les pré-inscriptions et les tarifs affichés sur le site sont donc pour ces participants extérieurs, pas de changement pour les ISP par rapport aux éditions précédentes.

« Première expérience dans la gestion de projet, très formatrice et positive, dans la joie et la bonne humeur ! » – Lucie

Pour avoir les infos en détail, rdv sur le site dédié : sanfi2017.com. Pour les actualités, suivez les ISP de l'ouest (@ISPouest) sur facebook et twitter. Et pour nous contacter directement : contact@sanfi2017.com

Bureau du CliSP

Laetitia Satilmis

Présidente

president@clisp.fr

Alexandre Fauconnier

Vice-Président

alexandre.fauconnier@gmail.com

Louise Petit

Secrétaire Générale

secretariat@clisp.fr

Arthur Barnay

Trésorier

tresorier@clisp.fr

Hélène Rossinot

Chargée de la Communication

helene.rossinot@yahoo.fr

Sylvain Gautier

Rédacteur en chef du Bulletin

bulletin@clisp.fr

Vincent-Dozhwal Bagot

Administrateur Web

vincentbagot@gmail.com

Adrien Guilloteau

Responsable éditorial web

guilloteau.adrien@free.fr

Maud Giacopelli

Chargée de coordination

avec les représentants inter-régionaux

md.giacopelli@gmail.com

Damiano Cerasuolo

Chargé de relation avec EuroNet MRP

damiano.cerasuolo@gmail.com

Guillaume Ah-Ting

Chargé de liaison avec les AISP

guillaume.ahting@gmail.com

Collège du CliSP 2016-2017

Ile-de-France

Camille Bertrand

bertrandcamille78@gmail.com

Jérémy Laurent

jerem88290@hotmail.fr

Nord-Est

Pauline Marchand

paulinemarchand89@gmail.com

Thibault Fabacher

thibault@fabacher.fr

Nord-Ouest

Florence Condat

florence.condat@hotmail.fr

Aurélien Zhu-Soubise

aurelienz.soubise@gmail.com

Ouest

Yannick Belin

yannbelin@hotmail.com

Simon Vergnaud

simon.vergnaud@chu-nantes.fr

Rhône-Alpes et Auvergne

Lucie Pothrat

luciepothrat@hotmail.fr

Solene Clout

solene.clout@gmail.com

Sud

Adeline Riondel

adeline.riondel@gmail.com

Davide Tufo

dr.davide.tufo@gmail.com

Sud-Ouest

Adrienne Francopoulo

louisecamille@laposte.net

Romain Gallard

rom.gallard@gmail.com

CliSP

15, rue du Fer à Moulin - 75005 Paris

www.clisp.fr - contact@clisp.fr

CliSP - Bulletin n°31 - Octobre 2016

Rédacteur en chef : Sylvain Gautier

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

Crédit photo couverture : iStockphoto © emojoez