



Le bulletin du C.L.I.S.P.

Rédigé par le bureau du Collège de Liaison des Internes de Santé Publique (CLISP)
Décembre 2009

n° 12

Éditorial

VOICI après une (longue) année un nouveau bulletin du CLISP. Pour ceux d'entre vous qui ne viennent pas aux séminaires, ne croyez pas que le CLISP n'était pas actif. C'est justement la pléthore de projets qui nous a empêché de prendre le temps de vous faire parvenir le compte-rendu de nos activités. Viennent se greffer à ces projets les petites urgences, comme par exemple l'amendement à la loi Hôpital Patient Santé Territoire n° 772 concernant le l'unification des statuts de médecin inspecteur de santé publique (MISP) et de praticien hospitalier de santé publique. L'unification des statuts suppose à notre avis d'admettre une équivalence entre la formation de MISP (en 1 an à l'EHESP à Rennes) et celle que nous avons pendant l'internat. Or il n'en est rien. Cette affaire, dont nous vous avons tenu informés par mail, nous a demandé beaucoup de réflexion et de négociation (il est possible d'en retracer l'historique sur le site). Elle sommeille depuis, nous vous en ferons un « debriefing » dans un prochain bulletin, celui-ci est complet !

On espère en tout cas corriger le tir avec ce nouveau bulletin, un peu plus rempli que d'habitude, dans lequel nous vous mettons à jour de toutes les activités de notre association. Nous essayerons de reprendre le rythme de trois bulletins par an.

L'année 2009–2010 confirme l'engagement du CLISP dans la promotion de la qualité de la formation des internes. En plus du séminaire du CUESP à Toulouse sur les inégalités de santé (dates prévues : fin mars ou début avril), auquel nous vous attendons nombreux, plusieurs autres projets autour de cette thématique débutent ou sont en cours :

- Le séminaire d'accueil et de formation des nouveaux internes, la grande nouveauté de cette année.
- L'analyse de l'enquête « D.E.S. – satisfaction des internes et offre de formation 2008–2009 », dont vous aurez quelques résultats dans ce bulletin.
- Le projet de définition des compétences à acquérir pendant l'internat, qui doit compter avec la participation de

médecins spécialistes de santé publique académiques et non académiques.

- Le groupe de travail interassociation où on se donne pour objectif d'harmoniser (par le haut) les conditions de validation du D.E.S. de santé publique et médecine sociale.
- La création du réseau européen d'ISP.

D'autres projets à long terme sont en cours, vous pouvez en prendre connaissance et vous y engager si cela vous tente. Allez voir la dernière page pour savoir de quoi on parle... Et n'oubliez pas de jeter un coup d'oeil aux invitations aux congrès et aux séminaires !

En ce qui concerne le bulletin, nous gardons la section « Parcours professionnel », en changeant pour une fois un peu le concept : à la place de présenter le parcours d'un ancien interne, nous avons choisi de présenter les réflexions d'un interne sur sa formation. Nous vous proposons une nouvelle section que nous espérons pouvoir pérenniser (grâce à vos contributions, bien entendu) : il s'agit de la discussion d'un thème de santé publique de l'actualité. Ne pouvant pas échapper à la grippe A, nous vous présentons un article sur les controverses à propos de la vaccination. Comme la grippe A ne fait pas toute la santé publique, on vous propose également un article à propos de la suppression de l'obligation vaccinale par le B.C.G. Notre idée est de publier des articles d'un bon niveau technique sans les contraintes formelles de la production scientifique. L'objectif est de vous fournir des éléments de base et des guides pour approfondir vos connaissances sur ces thèmes.

Vos contribution sont les bienvenues !

A bientôt.

*Bruna ALVES
ISP Bordeaux
Présidente du CLISP*

Le séminaire d'accueil et de formation des nouveaux internes

Bilan d'une nouveauté 2009

LES 21 et 22 octobre 2009, le CLISP a organisé le premier séminaire national d'accueil et de formation des nouveaux internes de santé publique, à Paris.

Les différentes présentations avaient un but pratique : familiariser nos nouveaux collègues avec quelques concepts et outils de base :

- Présentation générale du D.E.S., des formations complémentaires et perspectives professionnelles.
- Introduction aux biostatistiques.
- Introduction à l'épidémiologie et à la recherche clinique.
- Introduction aux bases de données.
- Présentation de la SFSP par son président.
- Initiation pratique à Excel.
- Initiation pratique à EpiInfo.
- Initiation pratique à Pubmed.
- Organisation et financement du système de santé.

L'ensemble des présentations a été assuré par des internes (à l'exception de la présentation de la SFSP). Le choix a été de permettre à nos nouveaux collègues de se rencontrer avant le début de l'internat, afin de créer des liens et des synergies. Nous voulions leur transmettre des bases non pas académiques, mais pratiques, par des internes déjà en poste. Il nous semblait donc important que les internes soient les organisateurs, les intervenants et les participants de ce séminaire.

L'ambiance a été agréable, un dîner a été organisé le premier soir au El Chihuahua, avec musiciens typiques et pas du tout kitch. Un cocktail de clôture dans la salle de garde de la Pitié a permis d'y ajouter une touche de classe.

Plus de 50 nouveaux internes de toute la France ont répondu présents à l'appel ! Ceux qui ne pouvaient se loger à Paris ont été pris en charge par le CLISP à l'hôtel. Pour favoriser le lien, des chambres communes ont été proposées.

L'évaluation du séminaire donne les résultats suivants :

25 participants ont répondu (sans donnée manquante !) :

- 64 % ont trouvé le séminaire très intéressant (36 % assez intéressant).
- 60 % ont trouvé que ce séminaire leur a été assez utile (36 % très utile).
- 60 % ont trouvé ce séminaire très bien organisé (40 % assez bien organisé).
- Parmi les thèmes demandés pour les prochaines années, une présentation plus complète des masters 1 et 2 ainsi que des débouchés professionnels sont plébiscités.
- À part les biostatistiques qui ont peut-être été un peu ardues, les autres présentations sont jugées adaptées.
- Les échanges entre internes ont été l'aspect le plus apprécié, devant les présentations.
- Pour 52 % des internes, le séminaire devrait avoir lieu début octobre, contre 48 % fin octobre (novembre : 4 %).
- 100 % des participants qui ont répondu souhaitent que ce séminaire soit pérennisé les prochaines années.

Ces résultats sont très encourageants pour la poursuite de cette initiative, qui, nous le pensons, permettra de renforcer les liens entre internes et la qualité de la formation.

Merci à tous les intervenants pour la qualité de leur intervention et leur disponibilité, ainsi qu'à tous ceux qui ont permis l'organisation de ce séminaire. Un remerciement spécial à la SFSP, pour la disponibilité de son président et la mise à disposition de l'amphithéâtre Babinski, à la Pitié-Salpêtrière.

À noter que l'ensemble des présentations sont téléchargeables sur le site du CLISP
<http://clisp-asso.org/>

Encore bienvenue à nos nouveaux collègues ! Rendez-vous à Toulouse pour le séminaire du CUESP !

José Guerra
ISP Paris
Vice-président du CLISP

Le groupe de travail interassociatif sur l'amélioration du D.E.S.

LE D.E.S. de Santé Publique et Médecine Sociale est une formation d'excellence qui forme des médecins spécialistes et décideurs des divers champs de la santé publique. La santé publique est par définition une spécialité multidisciplinaire et ceci constitue une des richesses de son exercice. Néanmoins, cette même multidisciplinarité nuit à la visibilité et à la compréhension des compétences spécifiques des médecins de santé publique.

Les discussions informelles entre internes dans le cadre des activités de notre association nous ont fait prendre conscience de la qualité hétérogène de la formation sur le territoire national ; de la difficulté qu'éprouvent souvent les internes à se procurer cette formation de haut niveau qu'ils attendent en s'inscrivant en D.E.S. ; ainsi qu'à se forger une identité de médecin spécialiste de santé publique.

Afin de répondre à cette constatation, un groupe de travail sur l'amélioration du D.E.S. a été créé. Les référents du CLISP de toutes les villes et des représentants des associations locales et inter régionales d'ISP y ont été conviés. **L'objectif est d'améliorer la qualité du D.E.S. et de faire reconnaître la santé publique comme une spécialité médicale d'excellence.**

Nous sommes convaincus que cet objectif est à la portée des internes, et que nous avons la possibilité cette année de poser les bases de cette amélioration. Pour cela, il nous revient de bousculer les pratiques et de mettre en place de nouveaux modes de formation.

En nous inspirant de ce qui se fait déjà dans d'autres spécialités (chirurgiens, médecine nucléaire...) et dans certaines interrégions (nord-est...), il est possible, à terme, d'améliorer significativement la qualité et la valeur de notre D.E.S. au niveau national.

La première réunion a eu lieu le 26 juin 2009. Quelques principes ont été discutés :

Positionnement vis-à-vis du D.E.S. :

Le D.E.S. de santé publique et médecine sociale, une formation d'excellence :

- Triple formation théorique
 - Clinique par le cursus médical.

- Transversale en santé publique, par les modules théoriques du D.E.S.
- Spécialisée dans un des domaines de la santé publique par l'obtention supplémentaire d'un Master 2 / MBA / Doctorat de l'une des disciplines de la santé publique : épidémiologie, économie de la santé, prévention/promotion de la santé, management / gestion de programmes, santé internationale, commerce, affaires sociales, droit...
 - 4 ans d'expérience professionnelle dans les divers domaines de la santé
 - 8 semestres à temps plein au sein de diverses structures liées à la santé : administration publique, hôpitaux, centres de recherche, industrie pharmaceutique, société de conseils...

Thèmes abordés par le groupe de travail :

Formation théorique du D.E.S. inégale suivant la ville et de niveau globalement insuffisant.

Difficulté des internes de premiers semestres.

Qualité insuffisante de certains terrains de stage.

Isolement des internes, défaut d'esprit de corps.

Pistes de travail :

Formation continue des internes par des séminaires sur un thème, avec reconnaissance des acquis.

Formation initiale des internes de premier semestre.

Présentation des travaux des internes.

Développement et enrichissement des réseaux d'internes et d'anciens internes.

Les travaux du groupe seront enrichis par les résultats des études en cours au CLISP : enquête sur la satisfaction des internes à propos du D.E.S., étude sur le contenu théorique et pratique de la formation de santé publique. **Des propositions pragmatiques pour améliorer la qualité de la formation seront élaborées en fin d'année universitaire.**

Ensemble, au niveau national, nous pouvons améliorer notre formation et nos perspectives professionnelles.

José Guerra
ISP Paris

Vice-président du CLISP

Résultats de l'enquête D.E.S.

Satisfaction des internes et offre de formation

Pour tous ceux qui viennent d'arriver, qui ne s'en souviennent plus, qui n'ont pas suivi... On récapitule !

Les origines

Tout a commencé au séminaire du CUESP à Marseille, voici deux ans. Le CLISP avait l'intention de faire une enquête concernant l'opinion des internes à propos de leur formation. Lors des discussions avec nos professeurs pendant le séminaire, la question de la nécessaire refonte de la maquette et de la définition d'un « socle minimum » d'objectifs de formation a été soulevée. Il a été convenu que le CLISP ferait de cette enquête une de ses priorités pour l'année 2008–2009 et que les résultats seraient utilisés pour travailler avec le CUESP sur le contenu des stages et de la formation théorique pour les internes de santé publique.

Entre temps, une vice-présidente blonde et très sociable fait connaissance avec un interne italien à l'EHESP. Et nous propose de faire l'enquête en collaboration avec l'association d'ISP italiens pour comparer les résultats ! Les bases du futur réseau européen d'ISP étaient posées par la même occasion !

Les objectifs fixés sont plutôt modestes...

Globalement :

- à partir du volet « satisfaction des internes », recueillir leur avis sur la qualité de leur formation, sur ses points forts et faibles. Identifier les dysfonctionnements dans la formation.
- à partir du volet « offre de formation », caractériser l'hétérogénéité de l'offre existante mais également la valoriser, de façon à la rendre plus accessible aux internes.
- identifier, par la comparaison avec l'enquête italienne, des pistes d'amélioration et de points en commun dans la formation dans les deux pays.

Quand ? Comment ?

On a travaillé sur le questionnaire pendant plusieurs mois (entre deux gardes, deux apéros, entre amis ou entre deux coups de fil en Italie), l'harmonisation internationale était une contrainte supplémentaire. Le recueil de données a eu lieu entre février et juin 2009. Les analyses ont débuté fin juin (en live pendant le séminaire du CLISP) et se poursuivent encore. La présentation initiale, faite au séminaire du CLISP est consultable sur le site de l'association (inscrivez-vous, bon sang !). De même que la présentation faite à l'AG du CUESP le 6 novembre dernier.

Et ça donne quoi, alors ?

Taux de réponse — un plus !

- 67,6 % [55,5 % ; 80,3 %] pour le volet « satisfaction des internes » (questionnaire adressé à tout le monde) ;
- 24 villes (92,3 %) pour le volet « offre de formation » (questionnaire adressé au référent CLISP de chaque ville. Grenoble et Saint-Etienne n'ont pas répondu).

Profil des internes et satisfaction

- 65 % des répondants sont des femmes, en médiane en cours de 5^e semestre de formation.
- 75 % des ISP n'ont pas fait de stage clinique (32,4 % en ont fait ou comptent en faire).
- 79 % disent avoir été intéressés par la spécialité avant l'ENC (seuls 10 % disent l'avoir choisie parce qu'ils ne pouvaient pas avoir leur spécialité de choix à l'ENC et 18 % parce qu'ils ne pouvaient pas avoir leur ville de choix).
- 41 % l'ont choisi parce qu'ils ne voulaient plus faire de clinique !

L'organisation de la formation et les raisons du choix de la spécialité montrent un changement du profil de l'ISP depuis les origines de la spécialité voici 25 ans : du clinicien avec des compétences multiples dans des champs divers de la santé publique au médecin formé pour conduire des équipes de recherche et pour coordonner des équipes multiprofessionnelles de santé publique ?

La satisfaction

- 93,6 % sont satisfaits de leur choix de spécialité et 79,6 % de leur internat
- mais plus de 16 % ont pensé à un droit au remords (comme on peut supposer que les « partants » ne se sont pas mobilisés pour répondre, cela est grave...)

La formation théorique

- 92 % connaissent la maquette, mais elle n'a été présentée par le coordonnateur que dans 43 % des cas.
- 92,4 % pensent que la formation théorique doit avoir une place importante dans la formation et 79 % souhaiteraient que cela revête un caractère obligatoire !
- 62,4 % ne sont pas satisfaits de la formation théorique proposée :
 - dont 42,4 % parce qu'ils n'ont aucun cours !

Les stages

- 58,4 % ont orienté leur internat dans un domaine particulier, dont presque la moitié (25,4 % du total) en épidémiologie.

- Le domaine de stage qui fait le plus souvent défaut est celui des politiques de santé.
- En ce qui concerne la charge horaire et la responsabilisation, les internes sont plutôt satisfaits, mais 20 % jugent que la responsabilisation est insuffisante ou nulle (question à propos du stage en cours uniquement).

Et l'offre de formation ?

Les analyses sont en cours (oui, oui, toujours).

- Quelques questions ont été sélectionnées et seront mises à disposition sur le site (partie privée). Le but est de permettre aux externes (surtout) et à toute personne intéressée par le déroulement de l'internat de santé publique dans une ville en particulier d'avoir quelques éléments d'information.
- Une liste de tous les masters 2 pouvant intéresser les ISP a été dressée (enquête + vérification sur internet). Elle sera également mise en ligne prochainement.
- Une cartographie des stages est en cours et sera utilisée pour les discussions avec le CUESP concernant l'offre et les objectifs de stage.

Et qu'est-ce qu'on en fait ?

L'ensemble des résultats est consultable sur le site. Les résultats par inter-région (de l'internat, pas du CLISP) vont paraître également et pourront être téléchargés. Les

résultats par ville ne seront pas publiés dans un souci de confidentialité, mais peuvent être adressés au référent CLISP sur demande.

Dès l'analyse du volet « offre » finie, nous pourrions commencer les discussions à propos de la refonte de la maquette et de la définition d'objectifs nationaux de stage avec le CUESP. En tout cas, la présentation faite dans leur AG le 6 novembre dernier a été très bien accueillie. Par ailleurs, tous les résultats seront adressés individuellement aux coordonnateurs de chaque ville. Un article sera également publié, nous vous tiendrons informés de sa parution.

Bruna ALVES
ISP Bordeaux
Présidente du CLISP
Responsable de l'enquête D.E.S.

Obs. : Personnes impliquées dans l'enquête :
Bruna ALVES
Émilie CHAZELLE
Cédric LAOUENAN
Jérémy JEGU
Matthieu GENTY
José GUERRA

Le point sur une formation

Diplôme universitaire d'action humanitaire, Dijon

PROPOSÉ par le Pr Blettery, ce DU a pour but de montrer les différentes facettes de l'action humanitaire.

Il n'a pas la prétention d'enseigner comment doit se pratiquer l'humanitaire, mais veut plutôt donner des pistes de réflexion en lien avec différents thèmes tels que l'agriculture, les camps de réfugiés, l'armée, les retours d'expériences de fondateurs d'associations, l'aide humanitaire en France, l'aide en situation de catastrophe, le rôle des médias...

Les échanges se veulent très intenses lors des cours, notamment du fait de la diversité du public (âge de 18 à 65 ans, origines diverses : prof, infirmière, ingénieur, juriste, femme au foyer... , expérience ou non sur le terrain...) et des intervenants (anthropologue, professeur d'économie, militaire, médecin, journaliste, écrivain, réfugié, responsable d'association...).

Personnellement ce DU m'a énormément apporté et m'a permis de découvrir le domaine de l'anthropo-médecine. Il n'apporte aucune réponse mais soulève, à mon avis, des questions fondamentales que se pose (ou devrait se poser) toute personne qui souhaite s'investir (ou s'investit) dans l'humanitaire.

C'est une des rares formations où tout le monde en redemande encore après 8 heures de cours !

Conditions d'inscriptions : sur dossier et lettre de motivation

Pour plus de renseignements :

<http://du-action-humanitaire.fr>

Marie-Caroline CLEMENT
ISP Besançon

Actualités en santé publique

A propos de la vaccination anti grippale A H₁N₁

EN tant qu'internes de santé publique, nous sommes actuellement régulièrement sollicités pour répondre à des questions autour de l'actuelle pandémie due au virus grippal A H₁N₁, aussi bien par notre entourage pro-

fessionnel (collègues médecins) que personnel (famille, amis). L'objectif est ici d'apporter une réponse argumentée à certains points générateurs de polémique autour de cette vaccination.

TABLE 1 – Point sur les vaccins antigrippaux A H₁N₁ en France (AMM obtenue ou en cours)

vaccin	laboratoire	nature	adjuvant	culture
Celvapan®	Baxter	à virions entiers	sans	sur cellules
Focetria®	Novartis	fragmenté	avec	sur œuf
Pandemrix®	GSK	fragmenté	avec	sur œuf
Panenza®	Pasteur	fragmenté	sans	sur œuf
Humenza®	Pasteur	fragmenté	avec	sur œuf

Les adjuvants sont ils dangereux ?

Le but des adjuvants est de favoriser la réaction immunitaire afin d'obtenir, d'une part une meilleure immunogénicité et d'autre part un probable élargissement de la réponse immunitaire. Leur utilisation dans la composition des vaccins est ancienne, avec les sels d'aluminium (vaccin diphtérie-tétanos-poliomyélite notamment).

Dans le cas des vaccins dirigés contre le nouveau virus grippal A H₁N₁, les adjuvants utilisés sont des squalènes, molécules naturelles dérivées de l'huile de foie de requin. Ces molécules entrent déjà dans la composition de certains vaccins dirigés contre la grippe saisonnière, contre le papillomavirus...

Historiquement, lors de l'émergence du virus grippal A H₅N₁ dans une population exempte de mémoire immunitaire, on a pu montrer que l'emploi d'un vaccin non adjuvé entraînerait une trop faible immunogénicité. Or, lors des premiers travaux relatifs à la mise à disposition d'un vaccin pandémique contre la grippe A H₁N₁, l'EMA (agence européenne du médicament) a pris le parti de reproduire pour l'Europe des vaccins de composition identique à celle des vaccins antigrippaux H₅N₁, seule la souche du virus étant modifiée. Le nouveau vaccin développé contient ainsi des adjuvants (squalènes).

Les squalènes ont cependant une mauvaise réputation, en partie née aux États-Unis, où a eu lieu un débat concernant leur responsabilité dans l'apparition de syndromes de la guerre du Golfe (d'étiologie inconnue) chez des vétérans. En effet, on avait pu mettre en évidence chez ces sujets la présence d'anticorps anti-squalène. Or les mili-

taires recevaient avant leur départ une injection de vaccin anti-anthrax. Certains ont ainsi attribué l'origine de ce syndrome à l'injection de ce vaccin et aux squalènes qu'il aurait contenu. Or, le vaccin injecté ne contenait pas de squalène !

En France, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a recommandé de ne pas utiliser de vaccins contenant des squalènes chez la femme enceinte ou l'enfant de moins de 2 ans. Le but de cette recommandation est double : obéir au principe de précaution et apaiser les rumeurs négatives autour des squalènes, qui sont probablement l'une des voies d'avenir en vaccinologie.

Les vaccins dirigés contre la grippe A H₁N₁ sont-ils responsables de syndromes de Guillain-Barré (GB) post-vaccinaux ?

Le syndrome de GB est un trouble neurologique d'étiologie inconnue, probablement post infectieuse. De nombreuses études épidémiologiques ont recherché un lien entre syndrome de GB et vaccination. Une seule étude a retrouvé un possible lien causal entre GB et vaccination grippale H₁N₁ (vaccin non adjuvé) en 1976 aux USA avec un excès de risque de 1 pour 100 000 vaccinés. (Haber, Sejvar, 2009, « Vaccines and Guillain-Barré syndrome », *Drug Safety* 32(4) : 309-23). On sait par ailleurs que la grippe peut entraîner un syndrome de GB avec une incidence de 4 à 7 cas pour 100 000, ce qui est très supérieur aux cas postvaccinaux... En population générale (France notamment) surviennent 1700 cas de syndrome de GB annuels.

Une récente étude (Black, Eskola, octobre 2009 « Im-

portance of background rates of disease in assessment of vaccine safety during mass immunisation with pandemic H₁N₁ influenza vaccines », *The Lancet* a montré qu'aux USA l'incidence du GB est de 1 à 2 cas par millions de personnes-mois. Ainsi durant une campagne de vaccination de masse touchant 100 millions d'individus, et pour une période d'observation de 6 semaines après chaque dose, (correspondant à 150 millions de personnes mois) on attendrait au moins 200 ou plus nouveaux syndrome de GB. Cette incidence (prédictible) aurait eu lieu même en dehors d'une campagne de vaccination de masse.

Qu'est-ce que le Thiomersal ? Est-ce dangereux ?

Le Thiomersal est un conservateur contenant du mercure et utilisé à visée antiseptique dans les vaccins présentés sous formes de flacons multi doses. En France tous les vaccins dirigés contre la grippe A H₁N₁ en contiennent sauf le Celvapan®. Le thiomersal était auparavant présent dans de nombreux vaccins, y compris en présentations monodoses. Accusé d'être responsable d'autisme chez l'enfant, il fut retiré des présentations monodoses, avant d'être finalement innocenté. Le Thiomersal est très faiblement dosé dans les vaccins et est rapidement éliminé dans les selles.

Qui élabore les recommandations et pourquoi changent-elles si souvent ?

Certains d'entre nous, réquisitionnés pour participer à la campagne de vaccination anti-grippale en centres de vaccination, ont été confrontés à de très fréquents changements de recommandations, parfois difficiles à expliquer aux patients.

Ces recommandations sont émises :

- dans un premier temps par le HCSP, à partir de groupes de travail composés notamment de membres du comité technique des vaccinations (CTV) et du comité de lutte contre la grippe,
- dans un second temps par le ministère de la santé, en suivant globalement les recommandations du HCSP.

Or les recommandations évoluent en fonction de remontées d'informations, relatives à l'immunogénicité du vaccin par exemple : en l'absence de données concernant la durée de l'immunité conférée par la vaccination anti-grippale A H₁N₁, a été initialement proposé un schéma

à deux doses : la France a dans ce contexte passé commande d'un nombre très important de doses. Finalement, l'obtention de données montrant une immunogénicité satisfaisante après une seule injection a permis de proposer un schéma à une seule dose (en dehors de certains groupes dont le système immunitaire est moins efficace comme les immunodéprimés ou les enfants en bas âge).

Les recommandations actuelles continueront ainsi à évoluer au fur et à mesure des remontées de données relatives à l'immunogénicité, la tolérance ou la circulation des souches de virus.

Comment le vaccin anti H₁N₁ a-t-il été testé ? Pourquoi l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) a-t-elle été aussi rapide ?

Le choix des variants pour l'hémisphère Nord se fait sous le contrôle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) chaque année au mois de février pour le vaccin de l'automne suivant. Les industriels synthétisent rapidement le vaccin saisonnier et évaluent l'immunogénicité et la tolérance selon les recommandations européennes sur de petits échantillons (2 groupes d'au moins 50 sujets volontaires, l'un de personnes de 18-60 ans et l'autre de plus de 60 ans). L'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) est délivrée en septembre.

Pour le vaccin dirigé contre la souche grippale A H₁N₁ on a reproduit les mêmes procédures, avec un nombre de tests supérieurs à ceux effectués pour le vaccin saisonnier.

Au total pourquoi se faire vacciner pour le virus de la grippe ?

Il est vrai que l'on a toujours peu de recul sur ce vaccin (pour l'utiliser à une aussi grande échelle), cependant la balance bénéfice risque reste en faveur de la vaccination. En effet, la grippe H₁N₁ n'est pas anodine : au 14 décembre 2009, on pouvait compter en France depuis le début de la pandémie 743 cas graves hospitalisés et 145 décès.

*Paula POGGI
ISP Tours*

Nouvelle politique de vaccination des enfants par le B.C.G. : pourquoi et où en est-on ?

LA lutte contre la tuberculose est fondée sur le dépistage des cas, la prise en charge rapide des malades, et la vaccination par le B.C.G. Bien que le B.C.G. constitue un vaccin pour lequel la couverture vaccinale est éle-

vée dans le monde, il existe encore des controverses à propos de son efficacité et de son impact, et les stratégies de vaccination par le B.C.G. sont très diverses.

Le B.C.G., vaccin vivant atténué, a été découvert en 1921 par MM. CALMETTE et GUERIN.

L'efficacité du B.C.G. contre les méningites et miliaries tuberculeuses semble aujourd'hui établie (75–80 %). La prévention des formes pulmonaires est estimée à 50 % dans l'hypothèse la plus favorable. Et ce pour une durée d'environ 10 ans. Le B.C.G. prévenant surtout les formes extra-pulmonaires non contagieuses, son impact sur le risque de transmission de l'infection est faible. Le B.C.G. a donc principalement un effet direct et, le nombre de méningites et de miliaries évitées chez l'enfant constitue le bénéfice principal de la vaccination.

La période à risque des enfants vis-à-vis des miliaries et méningites est la 1^{re} année de vie. Il semble qu'au moins 2 mois soient nécessaires pour que le vaccin soit protecteur.

Depuis janvier 2006, seul le vaccin B.C.G. SSI® administré par voie strictement intradermique est disponible sur le marché mondial suite à l'arrêt de la commercialisation du vaccin par multipuncture (Monovax®) par le laboratoire pharmaceutique producteur. La voie d'administration par multipuncture est considérée comme moins fiable que la voie intradermique. La couverture vaccinale chez les enfants de 6 ans était de 95 % en 2004. En 2006 une chute de plus de 50 % de la couverture vaccinale a été observée.

Les effets négatifs du B.C.G. sont :

- ses effets indésirables : infections généralisées (bécérites, ostéites) exceptionnelles et infections locorégionales (ulcération au site d'injection dans 1 à 2 % des cas, adénite, abcès),
- les difficultés d'interprétation du test tuberculique en cas d'antécédent de vaccination pour le diagnostic de primo-infection tuberculeuse.

Les stratégies vaccinales diffèrent d'un pays à l'autre : certains pays ont supprimé totalement la vaccination, certains la proposent à tous les nouveau-nés, d'autres ciblent les populations à risque.

Les expériences européennes d'interruption de la vaccination ont confirmé l'impact épidémiologique du B.C.G. sur la tuberculose de l'enfant :

En 1975, la Suède a décidé d'interrompre la vaccination systématique des nouveau-nés. L'incidence globale de la tuberculose a continué à décroître au même rythme mais chez les enfants une légère augmentation du nombre de cas a été observée. Cette augmentation a surtout porté sur les enfants étrangers.

En juin 1975, la vaccination B.C.G. des nouveau-nés a été totalement interrompue en RFA alors qu'elle était mainte-

nue en RDA. Ont alors été observés 57 cas de méningites contre 0 en RDA de juin 1977 à décembre 1978.

En 1986, la République tchèque interrompt la vaccination B.C.G. systématique des nouveau-nés dans une de ses régions et la remplace par une vaccination sélective des enfants à risque. Il a alors été observé une augmentation de l'incidence de la tuberculose chez l'enfant.

L'UICMR (Union Internationale Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires) précise qu'avant d'envisager d'arrêter ou de modifier sa politique de vaccination par le B.C.G., le pays doit s'assurer que certaines conditions sont remplies :

- Il existe un programme efficace de lutte contre la tuberculose.
- Il existe un système de surveillance fiable.
- L'impact négatif de l'infection à VIH a été pris en compte.

Les critères de l'UICMR qu'un pays doit respecter pour suspendre une obligation sont :

un taux d'incidence annuel moyen sur les 3 dernières années des cas présentant des BAAR à l'examen microscopique des expectorations (cas de tuberculose positifs à l'examen direct de l'expectoration) inférieur à 5 pour 100 000

OU

un taux d'incidence annuel sur les 5 dernières années des cas de méningite chez les enfants de moins de 5 ans inférieur à 1 pour 10 millions d'individus (population générale)

OU

un risque annuel infectieux de tuberculose inférieur à 0,1 %. Ce dernier paramètre ne peut être estimé dans un pays où la vaccination B.C.G. est largement pratiquée.

Avec moins de 6 000 nouveaux cas de tuberculose déclarés¹ chaque année, la France est considérée comme un pays à faible incidence et la diminution de l'incidence de la tuberculose dans la population générale a amené le CTV (Comité Technique de la Vaccination) à réétudier la pertinence de l'obligation vaccinale généralisée en fonction des caractéristiques épidémiologiques de la tuberculose dans notre pays (incidence plus élevée en région parisienne, chez les adultes nés à l'étranger, augmentation de l'incidence avec l'âge...) (Cf. figure) et en fonction des conditions et critères proposés par l'UICMR (les taux d'incidence sont donnés par les déclarations obligatoires ; il existe un plan national de lutte contre la tuberculose 2007–2009). Ont été également prises en compte les données d'efficacité et de tolérance du vaccin B.C.G. par voie intradermique.

1. tuberculose maladie à tout âge et infection tuberculeuse latente chez les moins de 15 ans

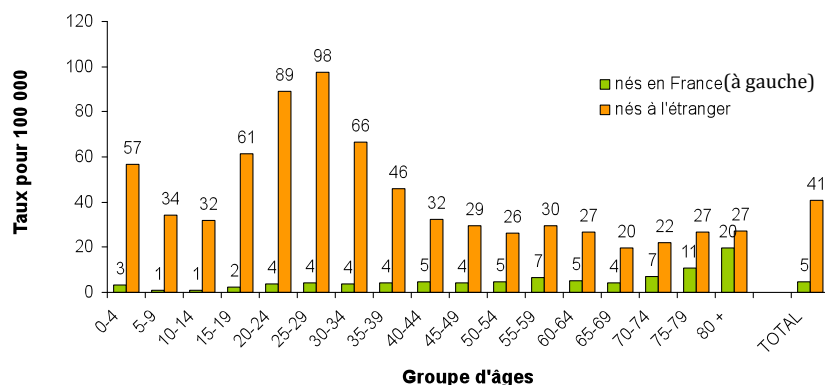


FIGURE 1 – Taux de déclaration de tuberculose maladie selon l'âge et le lieu de naissance, France entière, 2005 (Source InVS, déclaration obligatoire de tuberculose)

C'est pourquoi, une circulaire DGS du 14 août 2007 (décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007) suspend l'obligation de vaccination par le B.C.G. des enfants et adolescents avant leur entrée en collectivité (obligation qui existait depuis 1950) au profit d'une recommandation forte de la vaccination pour les enfants et adolescents les plus exposés au risque de tuberculose.

Cette vaccination est recommandée à des enfants pour lesquels un risque est identifié sur la base de critères qui incluent outre l'origine géographique de la famille, l'environnement socio-économique car des études montrent une association entre des conditions socio-économiques défavorables et la tuberculose maladie.

D'après des travaux de l'INSERM, 75 % des cas de tuberculose chez l'enfant de moins de 15 ans surviennent chez un enfant à risque élevé de tuberculose (origine de pays de forte endémie, antécédents familiaux de tuberculose).

Les critères d'appartenance au groupe des enfants et adolescents les plus à risque de tuberculose sont décrits dans l'avis du 9 mars 2007 du CSHPF. Il s'agit des enfants qui répondent à au moins un des critères suivants :

- Enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;
- Enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;
- Enfant devant séjourner au moins 1 mois d'affilée dans l'un de ces pays ;
- Enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ;
- Enfant résidant en Île-de-France ou en Guyane ;
- Enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux notamment enfant vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUc, AME...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie.

De plus, tout enfant dont les parents demandent la vacci-

nation doit être vacciné.

L'avis du CSHPF (Conseil supérieur d'hygiène publique de France) précise que :

- La vaccination doit être réalisée si possible à la naissance ou au cours du premier mois de vie.
- La recommandation s'applique jusqu'à l'âge de 15 ans, après une Intra-Dermo-Réaction à la tuberculine négative si l'enfant a plus de 3 mois afin d'éviter de vacciner un enfant qui aurait déjà été infecté par le bacille de la tuberculose ou par une autre mycobactérie.
- l'évaluation du risque de tuberculose doit se faire lors de la consultation de prévention du 4^e mois de grossesse, lors de la consultation du 8^e jour de vie et lors des examens médicaux des enfants et des adolescents non vaccinés.

Son indication relève d'une évaluation médicale. Les sages-femmes et les médecins peuvent prescrire le B.C.G. La circulaire demande à ce que soient formées les infirmières, les sages-femmes, les médecins et les étudiants en médecine à la technique de l'injection intradermique.

Avec l'application de cette nouvelle politique, les décideurs demandent une vigilance accrue (notamment par la déclaration obligatoire des cas de tuberculose) et un suivi de la couverture vaccinale.

La mesure de la couverture vaccinale n'est pas une chose facile car il n'existe pas de données statistiques concernant les populations visées nécessaires pour le dénominateur. De plus il n'existe pas d'outil de mesure de la couverture vaccinale chez le nourrisson ciblé par les recommandations car les certificats de santé du 9^e et 24^e mois ne contiennent pas d'information sur l'appartenance à un groupe à risque de tuberculose.

Les difficultés de mise en application de cette nouvelle politique sont notamment :

- la réticence des médecins généralistes et pédiatres devant les difficultés techniques de la vaccination intra-

dermique induisant plus d'effets indésirables que le Monovax® et la demande de vacciner l'enfant le plus tôt possible,

- l'appréciation parfois subjective du risque (conditions socio-économiques),
- les difficultés d'ordre éthique avec un risque de stigmatisation des enfants à risque.

Une circulaire DGS du 13 Août 2008 précise qu'un an après la suspension de l'obligation vaccinale, une étude de l'InVS indique une probable insuffisance de la couverture vaccinale des enfants à risque. Cette circulaire demande à ce que chaque département dispose d'éléments d'information sur les pratiques de la vaccination et d'estimation de la couverture vaccinale dans les populations à risque.

Suite à cette circulaire, la région Centre, par exemple, met en place une étude pilotée par la DRASS sur commande du Groupement Régional de Santé Publique, à laquelle je participe comme moniteur. Il s'agit d'une étude observationnelle ayant pour objectif de réaliser une estimation de la proportion de nouveau-nés requérant une vaccination par le B.C.G. en région Centre. Cette étude va se dérouler dans les 22 maternités de la région pendant une période d'un mois.

Récemment, le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire du 24 mars 2009 fait le point sur la couverture vaccinale par le B.C.G. et l'impact épidémiologique chez l'enfant depuis la levée de l'obligation vaccinale en France. La couverture vaccinale par le B.C.G. a été estimée d'une part à partir d'une enquête² (février-mars 2008), chez les nourrissons suivis en médecine libérale, d'autre part à partir des données de ventes de B.C.G. (2005-2007). Les données épidémiologiques sur la tuberculose sont issues de la déclaration obligatoire.

La couverture vaccinale des nourrissons suivis en secteur libéral, nés après la levée de l'obligation vaccinale et présentant au moins un critère de vaccination par le B.C.G., était de 58 % (68 % en Île-de-France, 48 % hors Île-de-France). Chez les enfants de moins de deux ans, le nombre de cas de tuberculose est resté stable en Île-de-France/Guyane entre 2006 et 2007 et a augmenté en dehors de ces régions (76 cas en 2005, 67 en 2006 et 83 en 2007). Parmi les 83 cas de 2007, 46 présentaient au moins un critère d'éligibilité vaccinale (55,4 %), dont 21 étaient vaccinés (45,7 %). Un seul cas de méningite tuberculeuse a été recensé en 2007 chez un enfant de moins de 5 ans.

Ainsi, d'après le BEH, un an après la levée de l'obligation vaccinale, les couvertures vaccinales B.C.G. sont insuffisantes en dehors et en Île-de-France, même si la sur-

veillance ne semble pas montrer pour l'instant un impact sur le nombre de cas de tuberculose de l'enfant. Un renforcement de la communication auprès des médecins vaccinateurs apparaît prioritaire.

Par ailleurs, des recherches sont en cours autour de nouveaux vaccins plus efficaces contre la tuberculose (sources : INRA) :

- vaccin utilisant la voie de la production d'interféron gamma,
- B.C.G. recombinants (listeria, virus),
- nouvelle voie d'administration : la voie muqueuse (orale ou nasale) car c'est par la muqueuse des voies respiratoires que l'agent de la tuberculose pénètre dans l'organisme.

En conclusion, bien que les taux d'incidence de la tuberculose en France, en 2009, soient faibles, la tuberculose constitue encore un problème de santé publique car la situation demeure préoccupante au vue des chiffres d'incidence élevés observés dans certains groupes de population où l'incidence de la tuberculose est très proche de celle observée dans les pays en voie de développement. C'est pourquoi la vaccination contre la tuberculose paraît encore avoir un rôle à jouer à condition de pouvoir responsabiliser chaque professionnel concerné par la vaccination mais aussi chaque individu.

Bibliographie :

- Impact épidémiologique d'une modification de la politique de vaccination par le B.C.G. en France, InVS 2001.
- Rapport sur la levée de l'obligation vaccinale par le B.C.G. chez les enfants - Synthèse et recommandations de l'audition publique des 13 et 14 novembre 2006, Société française de santé publique.
- Circulaire DGS/RI1 du 14 août 2007 relative à la suspension de l'obligation de vaccination par le B.C.G. des enfants et adolescents.
- La vaccination par le B.C.G. en France, historique et évolution jusqu'à la suspension de l'obligation vaccinale, Nicole GUÉRIN, septembre 2007
- Circulaire DGS/RI1/2008/275 du 13 août 2008 relative à l'application de la recommandation de vaccination par le B.C.G. des enfants et adolescents exposés au risque de tuberculose.
- Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 12-13 : 24 mars

Sandra AYMERIC
ISP Tours

2. InVS, auprès des médecins abonnés du réseau Infovac, informations sur le statut vaccinal et l'appartenance aux catégories ciblées

Le point de vue d'un interne de santé publique

Bilan à mi-parcours d'un interne de santé publique

Vous avez dit santé publique ?

Les termes « santé publique » font partie de ces mots qui paraissent tomber sous le sens au premier abord et qui une fois la première impression passée s'avèrent plus difficiles à définir.

L'interne censé se spécialiser en santé publique est troublé quand il s'agit pour lui de répondre à la question de savoir en quoi consiste sa spécialisation. Des premières conceptions hygiénistes découlant de la primauté des pathologies infectieuses qui ont émaillé l'histoire de l'épidémiologie, aux modèles complexes d'évaluation des actions de santé en passant par les théories médico-économiques sous-tendant les grands systèmes de protection sociaux, il est difficile de se prévaloir spécialiste de « santé publique », tant il est vrai que par définition, nous sommes tous autant que nous sommes des acteurs de santé publique.

La problématique de la récupération et de la visibilité par l'interne de son domaine de définition se pose au cours de cette formation. Il est indéniable que de se voir affirmer par des enseignants de santé publique que cette dernière spécialité est une auberge espagnole laisse un tantinet perplexe et songeur quant à l'image que se font ces enseignants qui sont censés nous former. Il est aussi troublant de rendre compte de l'incompatibilité d'humeur et de la disqualification des uns par les autres au sein d'une même discipline.

On revient donc à la problématique de la définition du champ de compétence, des attributs, des connaissances, des aptitudes et des attitudes du médecin spécialiste de santé publique. Car si tout médecin fait de la santé publique, tout médecin n'est pas spécialiste de santé publique.

D'où cette introspection qui est mienne, qu'est ce qu'un médecin non pas de santé publique, mais spécialiste de santé publique ? Partant du constat qu'il perd ses aptitudes cliniques avec le temps, conscient qu'il ne maîtrisera jamais le calcul matriciel ou la programmation informatique autant que des mathématiciens ou des informaticiens, sûr de ces lacunes en communication et convaincu des apports de la sociologie et de l'économie dans la définition d'un système de santé publique, l'interne de santé publique est dubitatif quant à la plus-value qu'il obtiendra de sa formation. Il fait des projections à moyen terme

et a quelquefois des difficultés à se visualiser. Un proverbe africain dit : si tu ne sais plus où tu vas, essaies de te rappeler d'où tu viens. Cette introspection étant fondamentale pour qui veut s'épanouir dans quelque domaine que ce soit.

La « santé publique » par défaut

A mon sens il faudrait discuter les motivations qui nous ont poussés dans les bras de la santé publique. Y sommes-nous juste par défaut ? Avions-nous avant notre intégration de la filière une vision claire de que nous voulions faire, quelles sont nos références ? Le facteur émulateur qui nous maintiendra dans la discipline est contingent de nos motivations de départ. Autant il est facile à mon sens pour des cliniciens de déterminer leur chasse gardée et les domaines d'attributions qui leurs sont réservés, autant il est difficile pour des internes de santé publique de définir un domaine dans lequel ils se reconnaissent. Qu'y-a-t-il de commun entre un médecin de DIM, un épidémiologiste de recherche clinique, un épidémiologiste de veille sanitaire, un économiste de la santé, un médecin titulaire d'un diplôme d'hygiène hospitalière, un médecin inspecteur de santé publique, un médecin conseil d'une caisse d'assurance maladie et un clinicien ? Ils sont tous médecins et... sont tous acteurs de santé publique... Le problème vu sous cet angle est assez dévalorisant ! On pourrait arguer du fait que quatre années de voltige de service en service feraient de nous des savants ignorants qui à force de toucher à tout ne seraient des spécialistes de... rien. Cette discipline de part l'immensité des champs couverts et de la difficulté de restriction d'un champ de compétence précis a in fine les défauts de ses qualités.

Il est indéniable que le système d'admission actuel dans l'internat ne favorise pas une bonne visibilité et une attractivité de la filière santé publique. Peut-il en être autrement ? La question du contrat dolosif que font ces internes qui ne la choisissent que pour mieux repasser l'internat est tangente. Venus dans une spécialité de façon transitoire, ils sont souvent les plus prompts à la dénigrer et à considérer ceux qui y restent comme des bras cassés, des espèces de rebuts sans ambition. De part la vision qu'ils en ont, ils ne répandent pas du tout une image attrayante de la discipline et rendent difficile l'ouverture de nouveaux postes d'internes. Ce serait tout un programme de survie pour la filière que de lutter contre ce fléau qu'est l'acquisition de postes de santé publique pour repasser l'internat. Malheureusement le seul levier disponible aux

internes de la filière est la dissuasion verbale.

Par ailleurs, il est indéniable que certains indécis pourraient être récupérés par la santé publique si cette dernière se donnait les moyens d'être plus séduisante. Si l'on n'épouse pas toujours la femme que l'on aime, on doit se donner les moyens d'aimer la femme que l'on a épousée, difficile programme ! Là est à mon sens toute la problématique. La santé publique fait-elle un effort de promotion de son image auprès des jeunes en fin d'internat ? Donne-t-elle les moyens à ceux qui l'ont choisie de s'en féliciter, suscite-t-elle des vocations ? La réponse à la question n'est pas facile à donner et l'isolement des internes de santé publique dans leurs lieux de stage respectifs n'y contribuerait pas favorablement.

On a souvent tendance lorsque l'on veut présenter l'internat de santé publique à en faire une description caricaturale. Le seul bénéfice serait qu'elle soit un refuge pour tous les déçus de la clinique qui voudraient néanmoins valoriser quelques années de dur labeur en tant qu'étudiant en médecine. Elle permettrait par ailleurs d'avoir une « vie à côté » selon l'expression consacrée. Cette vision est à battre en brèche et des associations, comme l'ADISPNE (Association des internes en santé publique du Nord-Est) ont ici tout un vaste chantier. Ce chantier débute à mon sens par une refonte de l'image que nous avons de la filière.

Je voudrais ici mettre l'accent sur le fait que la désillusion qui peut toucher certains nouveaux internes de santé publique est tout à fait compréhensible. Par définition, des études de médecine ne préparent pas (ou très peu) à une carrière de santé publique, donc il est tout à fait normal de se sentir un peu perdu au premier abord. On ne peut apprécier à sa juste valeur cet internat qu'après avoir fait l'expérience de sa diversité et de sa variété. Autrement dit, aux jeunes de la filière donnez-vous l'opportunité de faire plusieurs types de stage différents pendant vos premiers semestres pour vous déterminer assez vite.

En définitive on revient toujours au corporatisme qui consisterait à développer entre internes de santé publique un lobbying fort de défense de cette filière. Pour ne tomber ni dans des poncifs éculés ni dans une rhétorique vénales et gratuite, nous nous devons donc de proposer une alternative à la vision dévalorisante décrite ci-dessus, ceci à la lumière de l'adage africain qui dit qu'il est très facile de détruire une maison, moins facile d'en rebâtir une. Comment rebâtir l'image de l'internat de santé publique ?

La formation de l'interne de santé publique

Je me garderai ici de revenir sur toutes les formations qui sont offertes à l'interne de santé publique. Vous devinez qu'au regard de la variabilité des dites formations et du petit nombre d'internes, la « robustesse du modèle serait à remettre en cause ». Il revient donc rapidement à chaque interne de tracer son chemin lui-même. La vraie question étant de savoir s'il aurait les moyens de son ambition.

A mi parcours de l'internat, je pense que chaque interne en a les moyens. Les internes qui ont une vision assez claire de ce qu'ils veulent faire dès le départ sont de plus en plus nombreux. Passer un master d'épidémiologie et de recherche cliniques est un exercice assez laborieux, chronophage, mais exaltant. Passer un master d'économie de la santé l'est tout autant. D'autres formations telles les diplômes d'université d'hygiène hospitalière sont aussi intéressantes et il existe par ailleurs une foultitude de masters qui peuvent être valorisés comme master de disciplines relatives à la santé publique. Le tout est de se construire une maquette claire, logique, justifiée et argumentée.

Enfin, que vous dire de plus, que la sujétion à laquelle est liée l'interne le pousse à accomplir dans l'exercice de son stage des activités diverses et exaltantes. Donner des cours d'éducation thérapeutique à des patients atteints de pathologies chroniques s'avère un bon exercice pour l'apprentissage de la communication orale. Mettre en place le protocole d'une étude épidémiologique, fut-elle transversale est édifiant et permet de se rendre compte de ce qu'est la complexité d'un projet de santé publique. Il donne un aperçu des contraintes administratives, des préalables méthodologiques et de l'esprit de curiosité et d'ouverture qu'il faudrait avoir pour conduire ou participer à de pareils projets.

Le bilan

L'une des leçons à retenir est qu'une expérience bien que plus informative qu'aucune expérience du tout ne définit pas en soi une loi. C'est pourquoi je voudrais pondérer les propos tenus ici et préciser qu'ils ne sont que le fait d'une vision personnelle qui n'a aucune prétention à vouloir être une référence ou un standard de ce qu'aurait vécu ou vivrait un interne de santé publique « type ». Le bilan que je fais est que l'on pourrait mieux faire. Donc à tous les nouveaux, haut les cœurs et bienvenue en santé publique !

*Jean-François BETALA BELINGA
ISP Nancy*

Congrès et séminaires

Séminaire inter-masters de santé publique (orientation économie et management de la santé)

CE séminaire est organisé les 07, 08 et 09 janvier 2010 par les universités Diderot (Paris VII), Paul Sabatier (Toulouse II), Claude Bernard (Lyon I), Montpellier I et Aix-Marseille II dans le cadre de leurs masters.

La réflexion est organisée autour de la problématique des liens entre les nouveaux enjeux en matière de santé et la maîtrise médicalisée des dépenses. Elle alternera interventions d'experts et tables rondes associant des professionnels du champ. Il s'agit d'une excellente opportunité de formation pour tous ceux qui s'intéressent à la thématique, à ne pas manquer !

Les internes de santé publique y sont conviés pour la

deuxième année consécutive, sans frais d'inscription et avec une présence libre. Les seuls frais supportés sont le transport et l'hébergement (à Marseille). Si vous voulez un certificat de participation il est quand-même nécessaire de le déclarer (pas d'orientation claire, l'année dernière on avait été dirigé vers le secrétariat de Mme VIDAL-TRECAN).

Le programme est consultable sur le site du CLISP.

Jacques BOUGUENNEC
ISP Toulouse

Séminaire du CUESP (inégalités sociales de santé)

CE séminaire est organisé fin mars début avril (dates à préciser) par le CUESP à Toulouse.

Comme chaque année, ce séminaire est l'occasion de rencontrer une grande partie des ISP de France dans le cadre d'un programme d'enseignements et de réflexions consacrées cette fois-ci aux inégalités sociales de santé. Il s'agit d'une excellente opportunité de rencontre et d'apprentissage pour tous ceux qui s'intéressent à ce sujet, à ne

pas manquer. Au menu également, d'interminables discussions théoriques et pratiques au resto puis au bistrot...

Les informations nécessaires seront envoyées par mail et mise en ligne sur le site.

Matthieu GENTY
ISP Lille
Webmaster du CLISP

Autres projets en cours

Newsletter du CLISP

LE site du CLISP s'est doté d'une newsletter mensuelle, maintenant opérationnelle après le bug du début. Elle contient les dernière information du site : offres d'emploi, actualité...

Un mail de proposition d'inscription a été envoyé à tous les ISP courant avril. Dans le cas contraire, n'hésitez pas à venir vous inscrire sur le site : <http://clisp-asso.org/>

L'inscription est simple, en cliquant sur l'onglet « membres » du site et en remplissant un rapide formulaire.

Matthieu GENTY
ISP Lille
Webmaster du CLISP

Emmanuelle NICOLLE
ISP Strasbourg
Webmaster du CLISP

European Network of Medical Residents in Public Health

Le nom à rallonge est encore provisoire. Mais le partenariat du CLISP avec nos associations homologues en Italie, la *Consulta degli Specializzandi della Società Italiana di Igiene* et en Espagne, l'*Asociación de Residentes de Medicina Preventiva y de Salud Pública* prend forme.

Après l'enquête sur la formation et la satisfaction des internes avec leur D.E.S., réalisée en collaboration avec l'Italie en 2008–2009 (les analyses comparatives entre les deux pays débiteront bientôt), nous avons eu l'idée de créer un cadre pour que les internes de chacun des pays puissent partir en stage à l'étranger dans un laboratoire d'accueil de l'un de deux autres pays. Un état des lieux des conditions de départ dans chaque pays est en cours et nous essayons de construire une liste de services intéressés par l'accueil d'internes étrangers. Nos perspectives sont de pouvoir commencer à aider les internes à partir dès le semestre d'été 2011.

Les réunions de travail ont pour l'instant lieu à chaque congrès national des associations partenaires. Cette année, nous avons participé au congrès de la SITI (la société italienne de santé publique dont fait partie la *Consulta*) à Naples et au congrès de l'ARES à Barcelone. Autant vous dire que c'est également une excellente opportunité de rencontrer des internes locaux et de tisser des contacts (professionnels mais pas uniquement...) ! Compte-rendu dans un prochain bulletin...

Vos idées sont les bienvenues pour alimenter et faire vivre ce partenariat. N'hésitez pas à nous les communiquer et à venir renforcer les rangs en vous y impliquant activement !

Émilie CHAZELLE
ISP Tours
Responsable de ce projet

Élaboration d'un référentiel de compétences communes pour le D.E.S. de santé publique et médecine sociale

Le diplôme d'études spécialisées (D.E.S.) en santé publique et médecine sociale est une formation exigeante et d'excellence qui permet, au cours du troisième cycle, la professionnalisation et la responsabilisation des futurs médecins spécialistes de santé publique. La principale difficulté en début d'internat tient au fait que les études de médecine ont peu préparé aux domaines de la santé publique (lecture critique d'articles, rares items à l'examen classant national, accès réduit à des stages en lien avec la santé publique). Aussi, l'interne de santé publique et médecine sociale a peu de repères face à cette discipline très diversifiée tant dans son mode d'exercice que dans son champ d'action.

Les modalités de fonctionnement du D.E.S. varient d'une inter-région à l'autre (organisation des enseignements obligatoires, validation). En l'absence de compétences identifiées au niveau national, il n'est pas facile de définir localement les objectifs pédagogiques pour l'acquisition de ces compétences et pour la différenciation des apprentissages en cours de cursus. De plus, aucune formation homogène au niveau national n'est mise en place à l'exception d'un séminaire annuel. Dès lors, il paraît primordial de mener une réflexion au plan national et d'homogénéiser les outils pédagogiques sur le territoire.

En effet, il est important de définir clairement les com-

pétences à maîtriser par l'interne en fin de D.E.S., en trouvant un équilibre entre spécialisation et polyvalence. Cette formation commune autour de compétences partagées doit tenir compte des spécificités en tant que professionnel de santé publique et en tant que médecin. Dans la logique de co-construction des savoirs, le référentiel de compétences communes est l'outil le plus adapté pour guider l'interne dans le choix des formations théoriques et des stages, en fonction des compétences qui restent à acquérir.

Aussi, une méthodologie par consensus a été élaborée au sein du CLISP pour répondre à l'objectif de création d'un référentiel reconnu de tous (universitaires, internes, professionnels, tutelles). L'objectif principal du projet est de déterminer une liste exhaustive de compétences communes à acquérir à l'issue du D.E.S. de santé publique et médecine sociale, afin d'améliorer la formation des internes. Pour soutenir cette initiative, un poste de vice-président chargé de la pédagogie médicale a été créé pour l'année universitaire 2009–2010.

Matthieu MECHAIN
ISP Poitiers
Vice-président du CLISP

Le bureau et le collège du CLISP en 2009–2010

Bureau du CLISP 2009–2010

fonction	nom	prénom	ville	mail
Présidente	ALVES	Bruna	Bordeaux	alves.bruna#aliceadsl.fr
Vice-président	GUERRA	José	Paris	jose8293@hotmail.com
Vice-président	MECHAIN	Matthieu	Poitiers	matthmec#etu.univ-poitiers.fr
Secrétaire	JOLY	Bertrand	Clermont-Ferrand	bertrandjoly@hotmail.com
Vice-secrétaire	TOUSSAINT	Élodie	Reims	elodietoussaint@yahoo.fr
Trésorier	DEDET	Guillaume	Paris	guillaume_dedet@hotmail.com
Vice-trésorier	FICHEUR	Grégoire	Lille	gregoire.ficheur@hotmail.fr
Webmaster	NICOLLE	Emmanuelle	Strasbourg	emma.nicolle@gmail.com
Webmaster	GENTY	Matthieu	Lille	vicaire007@yahoo.fr

Collège du CLISP 2009–2010

nom	prénom	ville	mail	fonction
Zone Île-de-France				
GUERRA	José		jose8293@hotmail.com	Vice-président
DEDET	Guillaume		guillaume_dedet@hotmail.com	Trésorier
LELEU	Henri		henri.leleu@laposte.net	
BRUANT	Sarah		sarahbruant@yahoo.fr	
Zone Nord-Ouest : Angers, Brest, Nantes, Rennes, Rouen, Caen, Tours				
BOUQUET	Émilie	Angers	emilie-bouquet#wanadoo.fr	
AYMERIC	Sandra	Tours	sandraaymeric#live.fr	
POGGI	Paula	Tours	poggipaula@yahoo.fr	
CHAZELLE	Émilie	Tours	emilie.chazelle#voila.fr	
Zone Nord-Est : Amiens, Lille, Strasbourg, Nancy, Reims, Dijon, Besançon				
FICHEUR	Grégoire	Lille	gregoire.ficheur@hotmail.fr	Vice-trésorier
VALLET	Catherine	Reims	catherinevallet@hotmail.fr	
GENTY	Matthieu	Lille	vicaire007@yahoo.fr	Webmaster
TOUSSAINT	Élodie	Reims	elodietoussaint@yahoo.fr	Vice-secrétaire
NICOLLE	Emmanuelle	Strasbourg	emma.nicolle@gmail.com	Webmaster
Zone Sud-Ouest : Poitiers, Limoges, Toulouse, Bordeaux				
ALVES	Bruna	Bordeaux	alves.bruna#aliceadsl.fr	Présidente
MECHAIN	Matthieu	Poitiers	matthmec#etu.univ-poitiers.fr	Vice-président
COWPLI-BONY	Anne	Bordeaux	doc_ahou@hotmail.com	Resp. enquête devenir AISP
JEGU	Jérémie	Toulouse	j.jegu@hotmail.fr	
Zone Sud-Est : Lyon, Grenoble, Marseille, Nice, Montpellier, Clermont-Ferrand, St-Etienne				
JOLY	Bertrand	Clermont-Ferrand	bertrandjoly@hotmail.com	Secrétaire
EL FAROUKI	Kamal	Marseille	kamalef@gmail.com	
BASTIDE	Sophie	Lyon	bassof@hotmail.fr	