

LIVRET D'AIDE A LA SOUMISSION D'UN ARTICLE SCIENTIFIQUE POUR PUBLICATION

*Livret à destination des internes
et des étudiants en master*

Version 2021-2022

Dr Alain MAKINSON

**MCU-PH, Unité INSERMU1175, Université de Montpellier et Département des Maladies
Infectieuses et Tropicales, CHU de Montpellier**

Dr Charlotte BOULLÉ,

**Interne DES Maladies Infectieuses et Tropicales, Université de Montpellier, Post-doctorante
UMI 233 IRD Montpellier**

Avec la collaboration de

**Dr Pascale FABBRO-PERAY(Laboratoire de Biostatistique, épidémiologie, Santé Publique et
Informatique Médicale (BESPIM), CHU de Nîmes)**

Et l'aimable relecture de :

Dr Muriel Blaizot Giansily (MCU-PH, Laboratoire d'Hématologie biologique, CHU de Montpellier),
Pr Vincent Le Moing (Département des Maladies Infectieuses, CHU de Montpellier), Pr Céline Pulcini
(Université de Lorraine, EA APEMAC et CHRU de Nancy, Service de Maladies Infectieuses et
Tropicales, Nancy, France), Dr Alexandra Mailles (Santé publique France, Direction des Maladies
Infectieuses), Pr Jean-Paul Stahl (Maladies Infectieuses et Tropicales, CHU Grenoble), Pr Pierre
Tattevin (Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale, CHU de Rennes)

Pour toute question ou suggestion concernant ce livret, vous pouvez contacter
Dr Alain Makinson / Charlotte Boullé : a-makinson@chu-montpellier.fr/c-boullé@chu-montpellier.fr

1.	<u>INTRODUCTION</u>	<u>3</u>
2.	<u>EN AMONT DE L'ECRITURE DE VOTRE MANUSCRIT.....</u>	<u>4</u>
A.	PROCOLE ET LOI JARDE	4
B.	ÉTHIQUE DE LA PUBLICATION, COMITE D'ETHIQUE ET CONFLITS D'INTERET	8
C.	COMMENT CHOISIR VOTRE JOURNAL	10
D.	LA MISE EN FORME DE VOTRE MANUSCRIT.....	14
3.	STRUCTURE DU MANUSCRIT	15
A.	TITRE ET PAGE DE TITRE	15
B.	RESUME OU ABSTRACT.....	18
C.	PLAN GENERAL.....	18
I.	INTRODUCTION	18
II.	METHODES/MATERIELS ET METHODES.....	18
III.	PRESENTATION DES RESULTATS	19
IV.	DISCUSSION	19
V.	REFERENCES	20
D.	QUELQUES CONSEILS SUPPLEMENTAIRES.....	21
E.	PUBLIER EN ANGLAIS.....	22
F.	PLAGIAT	22
4.	<u>LA SOUMISSION DE VOTRE MANUSCRIT</u>	<u>24</u>
A.	LA « COVER LETTER ».....	25
B.	L'ETAPE DE « REVIEWING » (RELECTURE PAR VOS PAIRS).....	29
C.	DECISION DU CONSEIL EDITORIAL.....	29
5.	<u>LES ETAPES APRES L'ACCEPTATION DE VOTRE TRAVAIL</u>	<u>32</u>
6.	<u>SYNTHESE.....</u>	<u>33</u>
7.	<u>ANNEXE I : LES POINTS SIGAPS ET NOUVEAU SCORE PUBLICATION SIGAPS... </u>	<u>34</u>
8.	<u>ANNEXE II : AUTRES INDICATEURS DE BIBLIOMETRIE PERSONNELLE</u>	<u>36</u>
9.	<u>ANNEXE III : ARRETE DU 12 AVRIL 2018</u>	<u>37</u>

1. Introduction

L'apprentissage de l'écriture d'un article scientifique en vue d'une publication fait partie de votre formation et de votre parcours professionnel. Il trouve le plus souvent sa première application concrète à la fin de votre cursus d'interne, lorsque vous devez publier votre thèse de médecine ou d'autres travaux de recherche (de master par exemple). L'écriture d'un article doit s'envisager dans la continuité de la lecture critique d'articles enseignée aux étudiants de médecine (loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux universités). En outre, la publication constitue une obligation pour l'obtention de certains Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES). Pour le DES de Maladies Infectieuses et Tropicales, par exemple, la rédaction puis la publication d'un article scientifique fait partie des compétences à acquérir lors de la phase d'approfondissement et de la phase de consolidation. Il est aussi stipulé que le mémoire de validation de la troisième phase de consolidation peut correspondre à un travail réalisé en vue de publication au mieux sur un sujet de recherche multicentrique. Ainsi, la publication d'un article dans une revue à comité de lecture représente à la fois l'aboutissement de vos acquis méthodologiques, médicaux et scientifiques, et la reconnaissance de votre travail par ceux qui seront prochainement vos pairs. Publier ses résultats de recherche est également la méthode la plus efficace de partager ses résultats avec la communauté scientifique et d'avoir un impact sur les pratiques et les politiques de santé. La publication d'un article scientifique répond à une attente de vos encadrants, et leur supervision fait partie intégrante de leurs fonctions. La rédaction d'articles permet enfin de valoriser votre *curriculum vitae*. D'ailleurs, le poids des publications dans les processus de recrutement en centre hospitalier n'est pas à négliger, que ce soit pour les hospitaliers ou hospitalo-universitaires, notamment depuis la valorisation financière des publications au sein des centres universitaires par les points SIGAPS (ce dispositif est expliqué en annexe I).

L'écriture d'un article scientifique est un processus long qui fait souvent peur. Il se passe souvent 2-3 ans entre le « design » de l'étude et la rédaction du manuscrit. La rédaction de plus en plus généralisée en anglais constitue une difficulté supplémentaire. Ce livret a été conçu comme un outil d'aide pratique pour la publication d'un article scientifique. Il aborde la mise en forme du manuscrit, mais aussi le choix du journal dans lequel l'article est destiné à être publié, et présente le processus d'analyse et d'évaluation de votre manuscrit par le journal. N'oubliez pas que dans ce contexte concurrentiel, une étude de qualité (prospective, peu biaisée, etc.) est un élément important, mais que rapporter cette étude d'une façon pertinente et attractive l'est quasiment tout autant.

2. En amont de l'écriture de votre manuscrit

a. Protocole et loi Jardé

La « loi Jardé » de 2016, est le texte qui encadre actuellement en France les Recherches Impliquant la Personne Humaine (**RIPH**), dans la continuité de la législation antérieure nationale et des principes et grands textes fondateurs internationaux de l'éthique dans la recherche médicale que sont notamment le code de Nuremberg et la déclaration d'Helsinki. Cette loi cristallise les obligations qui sont les vôtres en matière de recherche sur la personne humaine, et notamment la nécessité d'informer les personnes participant à la recherche, et de recueillir leur consentement ou non opposition. La loi Jardé définit une nouvelle typologie des recherches en fonction du **risque** et des **contraintes** ajoutées par la recherche pour le volontaire, par rapport à sa prise en charge habituelle. Outre les enjeux éthiques, respecter les procédures imposées par la loi Jardé en amont du projet permet de mieux réaliser l'étude en pratique. En effet, la rédaction d'un protocole et l'explication de la méthodologie *a priori* permettent d'améliorer intrinsèquement la qualité de votre étude par rapport à la question de recherche posée. Ainsi, les questions méthodologiques sur le nombre de sujets nécessaires, les hypothèses sous-jacentes à ce calcul, la réalisation en amont d'une bibliographie exhaustive, vous permettront de réaliser une étude de meilleure qualité et la publication de votre travail sera facilitée. Un protocole validé ainsi que la déclaration de l'étude sur un registre (ex : clinicaltrials.gov) sont de plus en plus souvent demandés par les comités éditoriaux des revues. Nous vous encourageons donc, pour tout projet, à obtenir ou à rédiger un protocole (ou au moins un synopsis) *a priori*, et à obtenir aussi les autorisations nécessaires à la réalisation de l'étude. Cette démarche est à anticiper, car les procédures réglementaires prennent souvent plusieurs mois. Vous pouvez pour cela vous rapprocher des groupes de méthodologie de votre structure hospitalo-universitaire, avec l'accord de votre directeur. Le plus souvent cependant, les démarches auront été réalisées par l'unité de recherche à laquelle appartient votre encadrant, et l'étude que vous réaliserez ne sera qu'une partie d'un projet plus général, qui lui respectera les recommandations de la loi Jardé. Il est utile cependant de vous en assurer. Des sanctions pénales sont prévues par la loi en cas de non-respect des procédures de la recherche clinique.

Il existe maintenant 3 catégories de recherche impliquant la personne humaine (RIPH) et qui entrent dans les recommandations de la loi Jardé, en application depuis novembre 2016 :

- la recherche de **catégorie 1** concerne les recherches **interventionnelles** (**portant sur des médicaments ou non (autres produits de santé ou hors produits de santé)**), avec **intervention** sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle. Il s'agit d'interventions sur les personnes non dénuées de risques pour celles-ci.

- la recherche de **catégorie 2** concerne les recherches **interventionnelles**, qui comportent des **risques et des contraintes minimales**. Il s'agit d'administration de médicaments conformément à leur autorisation de mise sur le marché, mais qui ne peuvent, par définition, faire l'objet de la recherche, la réalisation d'actes pratiqués de façon habituelle, de prélèvements et collectes de sang (sous certaines conditions), des recueils et de collecte de données au moyen de capteurs ou de méthodes d'imagerie, techniques de psychothérapies et de thérapies cognitives et comportementales, et d'entretiens, questionnaires pouvant conduire à la modification de la prise en charge du patient. Certains actes classés initialement catégorie 2 sont passés en catégorie 3 sous certaines conditions, au regard du sexe, de l'âge, de la condition physique et de la pathologie éventuelle de la personne se prêtant à la recherche, ainsi que des risques connus prévisibles des actes ou procédures, de la fréquence, de la durée et des éventuelles combinaisons de ces actes ou procédures et des éventuels produits administrés ou utilisés (arrêté de la Loi Jardé du 12/04/2018 en annexe III). Cet arrêté allège la procédure.
- la recherche de **catégorie 3** concerne les recherches **non interventionnelles (observationnelles)**, comme des actes et produits utilisés de manière habituelle, sans procédure supplémentaire ou inhabituelle, y compris toutes les études épidémiologiques. Ces recherches concernent des études avec un recueil prospectif impliquant un contact avec les sujets (Recherche Impliquant la Personne Humaine) (comme certaines thèses). Il a été ajouté sur l'arrêté du 12/04/2018 une liste d'actes ou de procédures dénués de risques (annexe arrêté du 04/04/2018 de la loi Jardé), ce qui a permis de simplifier et requalifier certaines procédures de recherche de 2 vers 3 (annexe III).

Dès lors qu'une procédure d'allocation aléatoire (randomisation) est prévue au protocole, la recherche relève obligatoirement des catégories 1 ou 2. L'appartenance de la recherche à une de ces 3 catégories impose l'approbation du protocole par un Comité de Protection des Personnes (CPP).

Les recommandations de la loi Jardé ne s'appliquent pas à la recherche sur données déjà collectées ou qui n'impliquent pas la personne humaine : recherche portant sur des données existantes avec changement de finalité et/ou des éléments biologiques existants, aux enquêtes de satisfactions (si elles ne modifient pas la prise en charge), les modalités d'exercices ou des pratiques d'enseignement des Professionnels de santé car ces dernières ne concernent pas des données individuelles de santé, d'expérimentations en sciences humaines et sociales, et d'études sur produits cosmétiques de façon usuelle. Pour ces recherches sur données, les démarches réglementaires n'impliquent pas l'approbation d'un Comité de Protection des Personnes (CPP). Des démarches réglementaires pour satisfaire les exigences de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) dans le cadre du nouveau Règlement Général pour la Protection des Données (RGPD) en termes de protection de la confidentialité des données de Santé sont cependant nécessaires. Un engagement de conformité à la méthodologie de référence est demandé. Par contre, s'il n'est pas prévu dans le protocole d'informer les

patients, une première étape est l'envoi du protocole au CEREES (Comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la Santé), qui transmet le dossier à la CNIL. Dans tous les cas, la protection de la confidentialité des données est obligatoire ; son contrôle est sous l'autorité de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Un résumé des autorisations et des déclarations nécessaires dans le cadre de votre travail, ou de la source des données, est montré sur le tableau 1, ainsi que sur la figure 1.

Démarches	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Hors loi Jardé (non interventionnelle et rétrospective)
Assurance	Oui	Oui	Non	Non
Recueil du consentement	Consentement libre et éclairé, recueilli par écrit après délivrance de l'information	Consentement libre, éclairé (oral ou écrit) après délivrance de l'information	Non opposition avec information individuelle	Non opposition à l'utilisation des données de santé à des fins de recherche
Avis du CPP	Oui	Oui	Oui	Non
ANSM	Oui (autorisation)	Information avec l'avis CPP	Information avec l'avis CPP	Non
CNIL	conformité à la procédure MR001	conformité à la procédure MR001	Conformité à la procédure MR003 (MR 002 pour les DM DIV) ou autorisation CNIL	Conformité à la procédure MR004 ou autorisation CNIL

Tableau 1 : résumé des autorisations et des déclarations nécessaires pour une recherche impliquant la personne. CPP : Comité de Protection des Personnes. ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé. CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. MR001, 002, 003 ou 004 : Méthodologie de Référence 001, 002, 003 ou 004 (cf texte pour des informations supplémentaires). DM DIV : Dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.

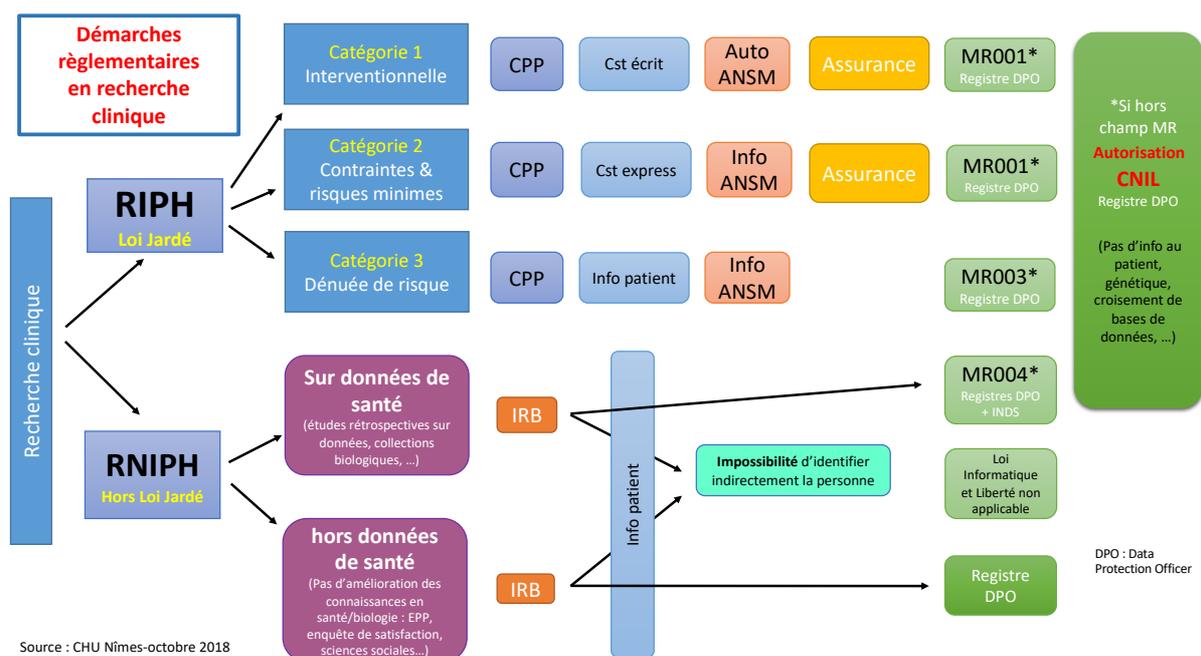


Figure 1 : synthèse des démarches réglementaires en recherche clinique.

RIPH : Recherches Impliquant la Personne Humaine ; RNIPH : Recherche Non Interventionnelle sur la Personne Humaine ; IRB : Institutional Review Board ; CPP : Comité de Protection des Personnes ; Cst : consentement ; ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé ; MR : Méthodologie de Référence ; DPO : data protection officer ; CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

La loi 78-17 du 6 janvier 1978, qui régit la CNIL et les modalités d'accès aux données personnelles a été modifiée en août 2004. Les méthodologies de référence (MR) ont récemment évolué (juillet 2018) : il en existe désormais 6, de MR-001 à MR-006. Ces méthodologies de référence ont pour objectif de simplifier les procédures de recherche, avec un engagement de conformité à ladite méthodologie, et un seul engagement pour toutes les études de l'organisme **promoteur** des études de qualification égale. La **procédure MR 001**, qui concerne la recherche impliquant les personnes humaines de catégories 1 ou 2 comporte l'engagement d'un promoteur et un recueil de consentement. La **procédure MR 002** concerne les différentes procédures des études de dispositifs médicaux et de diagnostic in vitro, et la **procédure MR003** un engagement de conformité sans recueil de consentement (non opposition) pour les recherches de catégorie 3. Seules les données indirectement identifiantes peuvent être utilisées, à l'exception des données recueillies dans la table de correspondance. L'information individuelle des patients est obligatoire. Le responsable de traitement s'engage à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche (parcimonie)¹. La **procédure MR 004** concerne les recherches sur données existantes hors loi Jardé. La **procédure MR005** régit l'utilisation des données du SNDS (Système National des Données de Santé : bases de données nationales médico-administratives/données assurance maladie, PMSI et CEPIDC) sans appariement. Ces dernières ne sont accessibles que sur habilitation après une formation,

¹ Pour plus d'information sur les données à caractère personnel identifiantes, ou non identifiantes, voir : <https://www.cnil.fr/fr/identifier-les-donnees-personnelles>

difficilement exportables et sont parfois payantes. Pour ce type de travail, il est indispensable de se rapprocher du DIM.

Votre travail, s'il entre dans le cadre de la loi Jardé, devra s'intégrer dans une structure ayant validé ces engagements de procédure. Pour plus d'information concernant les méthodologies de référence, vous pouvez consulter les sites suivants : <https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/mr-003.pdf>, pour la méthodologie de référence MR003 ; <https://www.cnil.fr/fr/declaration/mr-002-etudes-non-interventionnelles-de-performances-concernant-les-dispositifs-medicaux> pour la méthodologie de référence MR-002, et <https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/mr-001.pdf> pour la méthodologie de référence MR-001. En l'absence de méthodologie de référence ou si une étude ne respecte pas les exigences de la méthodologie de référence, il est toujours possible de faire une demande d'autorisation à la CNIL pour une étude, mais les procédures risquent d'être longues notamment pour les études multicentriques car l'avis du CEREES (Comité d'Expertise pour les Recherches, les Études et les Évaluations dans le domaine de la Santé) est requis préalablement à la demande d'autorisation à la CNIL.

Ces démarches doivent être faites par le promoteur de l'étude pour les études concernées par la loi Jardé et la protection des données est sous la responsabilité des établissements qui recueillent ces données (RGPD). Il vous est conseillé de vous rapprocher de la Délégation à la recherche clinique et à l'innovation de votre établissement pour leur mise en œuvre.

Enfin, si votre travail est une étude clinique d'envergure (étude ou suivi d'une cohorte, étude randomisée, étude interventionnelle, etc.), le journal, s'il est de bonne qualité, exigera le protocole et une inscription de votre travail dans un registre d'études en cours dénommé « clinical trials». (<https://clinicaltrials.gov/>). La déclaration des études sur ce site est un critère de qualité qui permet d'assurer la traçabilité des modifications éventuelles du protocole et de vérifier que le contenu de la publication correspond à la méthodologie déclarée.

b. Éthique de la publication, comité d'éthique et conflits d'intérêt

Si vous décidez de soumettre votre travail pour publication, c'est que vous avez un message à faire passer à la communauté scientifique. C'est en fait pour répondre à une vraie question de recherche que vous avez d'ailleurs initié votre projet. Une discussion avec vos encadrants et collègues est essentielle pour déterminer le moment où votre travail est abouti. Si vos collègues et encadrants vous encouragent à concrétiser votre projet, si vous pensez que vous proposez des solutions inédites à une problématique médicale ou scientifique, que votre travail présente un intérêt à terme pour les patients, alors n'hésitez pas, il faut publier !

Votre travail doit être créatif, original. Il ne faut pas publier pour publier. Les publications redondantes, en série, sur un même travail, doivent être évitées, car ils ont peu de chances d'être acceptées pour publication, voire même peu de chances d'être reviewées, sauf dans des journaux à faible audience ou payant-open-access. Les études multicentriques, prospectives, sont évidemment plus facilement acceptées que des travaux rétrospectifs monocentriques.

Dans la plupart des revues, la soumission du protocole d'étude à un comité d'éthique préalablement à sa réalisation est requise. En France, le CPP fait office de comité d'éthique. Pour les études hors loi Jardé, l'obtention de l'avis d'un CPP est désormais impossible. Néanmoins, pour les études qui n'ont pas nécessité d'autorisation du CPP (anciennes études observationnelles et études observationnelles rétrospectives ou sur bases de données depuis la loi Jardé), il peut être nécessaire d'obtenir l'avis d'un IRB (Institutional Review Board) : ce sont des comités le plus souvent mis en place au niveau des structures hospitalières et qui sont chargés d'examiner les protocoles de recherche et d'émettre un avis sur leur caractère éthique. Un Comité d'Éthique de la Recherche spécialisé dans le domaine des Maladies Infectieuses et Tropicales (CER-MIT) a été créé en 2018 par la SPILF et le CMIT, enregistré auprès de l'OHRP (Office for Human Research Protections) du ministère de la santé des États-Unis. Les internes/médecins spécialisés en Maladies Infectieuses membres de la SPILF ou du CMIT peuvent y soumettre leurs projets, après initiation des démarches auprès de la CNIL lorsqu'elles sont nécessaires. Le CER-MIT se réunit tous les 2 mois environ, et émet ses avis 2 semaines environ après la session. Vous trouverez des modèles de protocole, notice d'information, à l'adresse suivante : <https://www.infectiologie.com/fr/demande-d-avis-au-cer-mit.html>.

Il sera souvent demandé dès la soumission, mais parfois au moment de l'acceptation, de remplir un formulaire de conflits d'intérêt pour vous et vos co-auteurs (<http://www.icmje.org/conflicts-of-interest/>). La loi définit le conflit d'intérêt comme suit : « *Situation d'interférence entre une mission de service public et l'intérêt privé d'une personne qui concourt à l'exercice de cette mission, lorsque cet intérêt par sa nature et son intensité, peut raisonnablement être regardé comme étant de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif de ses fonctions* ». Selon la loi (2002), « *Les membres des professions médicales qui ont des **liens** avec des entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits **sont tenus de les faire connaître au public lorsqu'ils s'expriment lors d'une manifestation publique ou dans la presse écrite** ou audiovisuelle sur de tels produits. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. Les manquements aux règles mentionnées à l'alinéa ci-dessus sont punis de sanctions prononcées par l'ordre professionnel compétent* ». Il faut donc déclarer tous les **liens d'intérêt potentiels, c'est l'éditeur qui appréciera s'il s'agit de conflits d'intérêt**. En effet, les risques liés aux conflits d'intérêts potentiels sont d'introduire dans votre manuscrit la

possibilité d'un biais, d'accroître la possibilité que vos résultats ou la présentation de vos résultats soient critiqués, d'endommager la réputation de votre travail et celui de vos collaborateurs, et de perdre des financements ultérieurs.

c. Comment choisir votre journal

C'est idéalement avant même la mise en forme de votre article que vous devez cibler une revue. La revue de la littérature, menée en amont de votre recherche, vous aidera à cibler un panel de journaux scientifiques qui s'intéresseraient à votre sujet. Il est important que ce journal soit référencé dans les bases de données de bibliographie médicale, tout particulièrement dans MEDLINE, accessible grâce au moteur de recherche pubmed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>). PubMed est le principal moteur de recherche de données bibliographiques de l'ensemble des domaines de spécialisation de la biologie et de la médecine. Il a été développé par le Centre américain pour les informations biotechnologiques (NCBI), et est hébergé par la Bibliothèque américaine de médecine des Instituts américains de la santé (NLM : National Library of Medicine).

Il est interdit de soumettre à plusieurs journaux en même temps. Vous pouvez par contre soumettre un travail à un congrès et à un journal, mais la date de publication devra être postérieure au congrès.

Sollicitez l'aide de vos co-auteurs pour choisir le journal le plus adapté à votre travail. La qualité de votre travail est déterminante pour la réussite de votre soumission, mais un journal acceptera plus facilement un travail qui correspond à sa ligne éditoriale. Il faut donc cibler le journal en fonction de la thématique de votre recherche. Vous devez aussi choisir entre un journal à diffusion internationale (en anglais) ou nationale (généralement en français). De nombreux journaux en langue française existent, et un journal fait souvent référence pour la société savante française de la spécialité correspondante. Pour diffuser une information à un public majoritairement français, ces journaux sont précieux et très lus, même s'ils ne sont pas toujours indexés. Une façon de vérifier l'adéquation entre votre travail et la ligne éditoriale d'un journal est de regarder si des thématiques similaires sont déjà référencées dans le journal. Le site web du journal précise souvent la ligne éditoriale. Vous trouverez un exemple ci-dessous pour le journal « JAIDS », en cliquant dans l'onglet « information pour auteur » (<http://journals.lww.com/jaids/Pages/informationforauthors.aspx>).

Information for Authors

JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes accepts manuscript submissions through a submission service on another website.

JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes has specific [instructions and guidelines](#) for submitting articles. Those instructions and guidelines are readily available on the submission service site. **Please read and review them carefully.** Articles that are not submitted in accordance with our instructions and guidelines are more likely to be rejected.

Manuscript Submission

Clicking on the submission service links on this page will open our manuscript submission service website in a new browser window. Please check section descriptions below to ensure submission to the right section.

[Submit a manuscript - Basic and Translational Science](#)

The **Basic and Translational Science** section of JAIDS handles manuscripts involving the molecular biology of HIV, the immune response to HIV infection, potential targets for prevention and/or therapeutic strategies, and work that integrates advancements in these areas with clinical trials.

[Submit a manuscript - Clinical Science](#)

The **Clinical Science** section of JAIDS accepts original manuscripts that present new research findings on the clinical presentation, prognosis, treatment and outcomes of HIV infection and associated conditions, preferring prospective cohort studies or hypotheses testing studies with case – control or randomized intervention design rather than cross-sectional single – cohort descriptions. Manuscripts summarizing the effects of new systems of clinical management, particularly in resource-limited settings are sought and reviewed in conjunction with the JAIDS Implementation and Operational Research Working Group.

[Submit a manuscript - Epidemiology and Prevention](#)

The **Epidemiology and Prevention** section of JAIDS solicits original manuscripts that apply population and cohort data to understand HIV pathogenesis and natural history; that describe the rates and risk factors for HIV infection in diverse populations; that guide understanding of optimal treatment, care, prevention and intervention approaches to the clinical practice and public health scale up and that address objectives of evidence for preventative intervention in clinical and population-based trials.

New Focus Area: Hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV)

JAIDS is now accepting manuscripts for a new focus area of interest: **HBV and HCV**

The investment in HIV research has allowed us to make huge advances in controlling a formerly brutal epidemic. Now, what we've learned from HIV is being applied to hepatitis viruses, both HBV and especially HCV where curative treatments are on the verge of transforming that epidemic as well. JAIDS believes there is a clear synergy in these research efforts and that on all levels these research efforts are vital to share across the boundaries of interest of specific viral infections. JAIDS looks forward to publishing the best of this work and calls for manuscripts in HCV and HBV research as well as in ongoing work against HIV infection.

View the latest [Instructions to Authors](#).

Extrait de l'onglet « information for authors » du journal JAIDS (<http://journals.lww.com/jaids/Pages/informationforauthors.aspx>). Cette page donne des informations aux auteurs sur les types de travaux évalués par le journal JAIDS. Ce journal évalue pour publication des sujets de recherches fondamentales sur l'infection par le VIH, ainsi que des sujets de recherches cliniques, d'épidémiologie et de prévention. Il est intéressant de noter que le journal évaluera aussi pour publication des travaux de recherche sur les infections virales hépatites B et hépatites C.

Des indices d'évaluation d'un journal existent. Même si ces indices sont imparfaits, ils peuvent vous aider dans le choix d'un journal.

L'impact factor (IF) est le critère le plus diffusé. L'IF d'un journal représente la moyenne des citations dans l'année qui suit les articles publiés dans une période de deux ans d'un journal. Par exemple, si une revue a ses 738 articles publiés entre 2009 et 2010 cités 4425 fois en 2011, alors son IF_{2011} est de 5,996 (correspondant à $4425/738$). L'IF est réactualisé tous les ans sur le site de Thomson (<http://thomsonreuters.com/en/products-services/scholarly-scientific-research/research-management-and-evaluation/journal-citation-reports.html>), qui utilise pour cela l'interface d'interrogation Web of Science. Malheureusement, l'accès aux informations est payant, et la couverture des revues françaises est mauvaise sur ce site. Vous trouverez un accès à l'impact factor sur le site web de votre CHU ou de votre Université, sur le site Web of Science, ou bien sur le site web de chaque revue.

L'IF présente néanmoins de nombreuses limites. Des travaux scientifiques d'excellente qualité, mais qui ne concernent qu'une communauté restreinte de lecteurs très spécialisés, sont mathématiquement peu cités, quand certains articles controversés seront au contraire énormément cités. D'autres critères d'évaluation bibliométriques ont donc été développés, tels que la classification en 6 **catégories** (A+, puis A à E) des journaux en fonction de l'importance de l'IF dans chaque discipline médicale (figure 1). La catégorie d'un journal en fonction de la discipline est disponible dans Web of Science, et bien souvent sur le site du journal. En voici un exemple avec la revue « Blood ». Cette revue est classée par l'Institute for Scientific Information (ISI) dans la discipline MA (Hématologie). Il existe 60 revues dans cette discipline. L'IF de « Blood » étant de 10,13, et les revues dans cette discipline de catégorie A ayant, cette année-là un $IF \geq 5,68$, la revue « Blood » est donc classée A. Une revue peut ainsi avoir un IF identique à une autre revue, mais être classée dans une meilleure catégorie dans sa discipline.

Attention, il faut également aborder avec votre encadrant la question des éventuels frais de publication, avant soumission à un journal. Si les revues « open access » sont systématiquement payantes, il y a bien souvent également une participation aux frais de publication dans les journaux « classiques ».

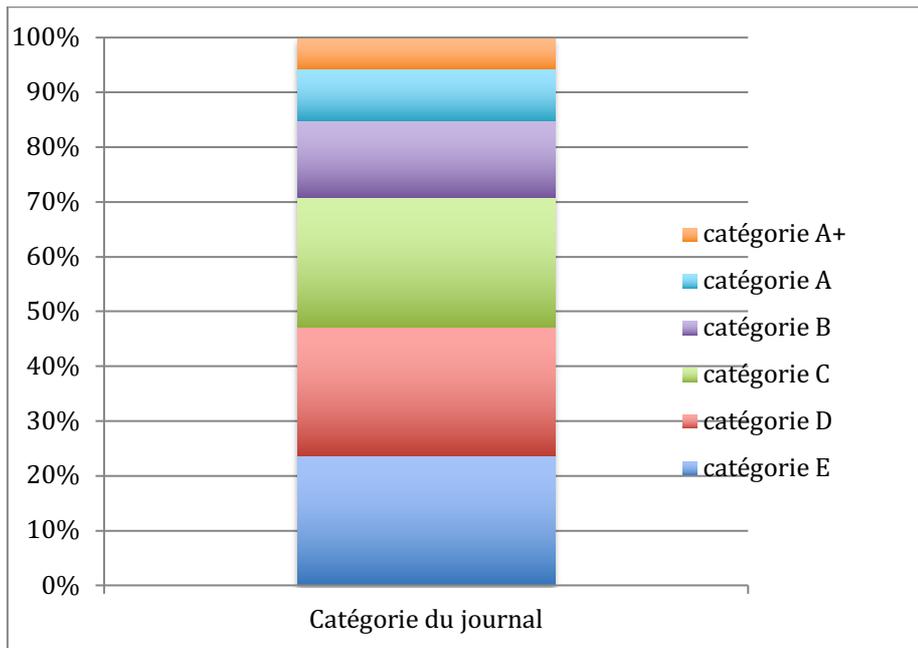


Figure 2 : Classement d'un journal par catégorie A+ à E au sein de chaque discipline. Chaque discipline a ainsi 10% de journaux classés A, 15% classés B, et 25% classés C, D et E. Les seuils d'IF pour basculer d'une catégorie à l'autre sont donc variables (par exemple, ils sont plus élevés en oncologie qu'en parasitologie) afin de rendre comparables les différentes disciplines. Lorsque les journaux ne sont pas référencés, ils sont considérés comme non classés. Depuis février 2021, en cas d'appartenance à plusieurs disciplines d'une revue, son rang se définit par rapport à la catégorie la mieux classée. La catégorie A+ est une nouvelle catégorie qui contient 6 revues très prestigieuses (The Lancet, Nature, Science, NEJM, JAMA et BMJ).

d. La mise en forme de votre manuscrit

Dans l'onglet « informations aux auteurs », vous trouverez les types d'articles publiés. Il s'agit généralement d'articles originaux (« original articles »), et de rapports brefs (« brief reports » ou « concise communications »). C'est à vous de décider quel est le meilleur format pour votre travail. Différents formats d'articles existent en effet :

- le format « article original » est la principale forme d'écriture d'un travail de recherche clinique. Le plan d'un « article original » est détaillé ci-dessous.
- un format de rapports brefs existe aussi dans la plupart des revues. Il s'agit d'authentiques études, mais qui ne nécessitent pas un format aussi long qu'un article original. Le plan est le même qu'un article original, mais les intitulés des sections (Introduction, Méthodes...) n'apparaissent pas toujours.

L'étude que vous avez menée sera vraisemblablement présentée sous forme d'article original ou de communication brève. Si vous décrivez une série de cas, elle sera présentée la plupart du temps sous forme de communication brève. Dans ce cas, pensez à bien vérifier que la revue ciblée accepte les séries de cas, et si elle demande que la série de cas soit associée à une revue de la littérature.

Avant de débiter l'écriture de votre manuscrit, vous devez lire complètement les instructions de rédaction aux auteurs. Celles-ci sont en effet très variables d'un journal à un autre, et peuvent nécessiter une refonte assez importante du manuscrit en fonction du journal visé. Le non-respect des consignes sera perçu négativement par le conseil éditorial, moins enclin à considérer favorablement votre travail. Il est impératif de respecter le plan, le nombre de mots, de figures, de références et le format imposés par le journal. Spécifiquement, en cas de soumission à nouveau d'un article à un autre journal, on fera attention de ne pas laisser paraître dans la mise en page que l'article visait initialement un autre journal.

Sachez aussi, qu'en fonction du type d'étude que vous avez mené, des recommandations de présentation de vos résultats existent. Il s'agit de « checklists » (listes d'items) à ne pas oublier lorsque vous présentez un travail. Vous avez dû normalement déjà utiliser ces 'reporting guidelines' lors de la rédaction du protocole de votre étude. Par exemple, les études contrôlées doivent suivre les recommandations « CONSORT »; les études de coût-efficacité les recommandations « CHEERS », les études observationnelles les recommandations « STROBE », les études sur les tests diagnostiques les recommandations « STARD 2015 », les études pronostiques les recommandations TRIPOD, les études qualitatives « COREQ »... Il existe à l'heure actuelle plus de 350 recommandations couvrant les différents types d'étude mais aussi certaines spécificités de discipline. Certaines revues imposent le suivi des recommandations adaptées et de soumettre avec votre manuscrit la grille *ad hoc* complétée en

indiquant en face de chaque « case » à quel endroit du manuscrit vous avez apporté l'élément correspondant. Vous trouverez les liens vers ces différentes recommandations sur le site « EQUATOR », accessible sur <http://www.equator-network.org/>.

3. Structure du manuscrit

La structure générale d'un article comporte une page de titre, un résumé (abstract en anglais), une introduction, une partie matériels/matériels et méthodes, une présentation des résultats, une discussion, une conclusion, et les références. Des propositions de proportion de chacune de ces parties sont montrées dans le tableau 1.

Chapitre	Longueur
Titre et page de titre	
Résumé (abstract)	1 page
Introduction	1,5 pages
Matériels/matériels et méthodes	2-3 pages
Résultats	2-3 pages
Discussion	3-4 pages
Conclusion	1 paragraphe
Figures	En fonction des recommandations du journal
Tables	
Références	Une trentaine de références, mais varie selon les journaux
Remerciements (acknowledgments), financement (funding sources) et contributions	Quelques lignes, certaines sections sont obligatoires en fonction des recommandations du journal

Tableau 2 : longueurs approximatives des différentes parties d'un article, à adapter aux recommandations de chaque éditorial.

La longueur proposée correspond à une écriture en times new roman, police 11, interligne 1,5. Figures et tableaux sont présentés sur des pages séparés, et les titres des figures le plus souvent sur des pages indépendantes du manuscrit principal.

a. Titre et page de titre

Nous vous conseillons de déterminer un titre une fois la rédaction de votre manuscrit bien avancée ou terminée. Le titre comportera le moins de mots possible, et permettra de bien identifier le sujet de l'article. Le nombre de caractères du titre est souvent imposé par le journal. Il sera précis, sans ambiguïté, spécifique et complet. Il n'y a généralement pas d'abréviation dans un titre, sauf lorsqu'il

s'agit d'abréviations très usitées (ADN -ou DNA en anglais- par exemple). Les titres en anglais ont une majuscule à chaque mot, sauf pour les pronoms. Inspirez-vous des titres d'articles du journal. Un deuxième titre plus court, ou « running head », vous est parfois demandé.

Ensuite, sur la page de titre, vous devez ajouter les noms des co-auteurs. Le nombre d'auteurs peut être limité par certains journaux, mais les groupes d'auteurs sont en général possible. Une ou plusieurs affiliations sont à donner, en fonction des revues. Chaque auteur doit avoir rempli un certain nombre de conditions. Le terme auteur doit être attribué selon la définition du groupe de Vancouver, qui fait partie du comité international d'éditeurs de journaux médicaux (International Committee of Medical Journal Editors : <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>). D'après le groupe de Vancouver, l'auteur doit remplir les quatre critères suivants :

- Avoir participé à la conception, à la planification (design) de l'étude, à l'acquisition, ou à l'interprétation des données,
- Avoir participé à la rédaction ou à des commentaires importants au cours de la rédaction de l'article
- Avoir approuvé la version finale
- Et doit prendre la responsabilité de l'intégrité de tout ou une partie du travail

Vous définirez ensuite la place des différents auteurs, ce qui n'est pas toujours un exercice facile. Il est toujours préférable de demander conseil à votre superviseur. Comme vous pouvez le constater dans l'annexe I de ce livret, la place des auteurs a des conséquences financières pour une structure (prise en compte par les points SIGAPS), mais il existe des critères pour déterminer la place de chaque auteur en fonction de son implication dans votre travail.

- Vous serez le 1^{er} auteur car vous avez réalisé le travail. Vous serez aussi généralement l'auteur-correspondant pour le conseil éditorial du journal. Si c'est votre première publication, vérifiez si vous avez déjà un homonyme dans PubMed, que ce soit le cas ou non, utilisez assez largement votre deuxième prénom qui vous fournira une initiale supplémentaire pour vous distinguer (exemple, si vous vous appelez Marie Martin, et que votre deuxième prénom est Antoinette, choisissez de vous identifier comme Marie A Martin (qui sera abrégé MA Martin), et facilitera l'identification ultérieure de vos publications. La création de votre compte ORCID sera utile dans cette démarche (cf. ci-dessous).

- Le 2^{ème} auteur est celui qui vous aura supervisé tout au long de votre travail et vous a le plus aidé pour votre travail (y compris pour la rédaction du manuscrit). Ce sera souvent un universitaire ou futur universitaire du service. Pour un étudiant en master, ce sera parfois un étudiant en thèse.

Parfois, si deux personnes ont contribué de façon équivalente au projet de recherche, elles peuvent être indiquées comme « co-premier auteur », généralement noté d'un astérisque sur l'ordre des auteurs. Attention néanmoins, le SIGAPS ne prend pas en compte cette notion.

- Le dernier auteur est l'encadrant principal, le plus souvent un des universitaires du service. C'est lui qui le plus souvent a initié et supervisé l'ensemble de l'étude. C'est le plus souvent le dernier auteur qui a écrit un protocole et récupéré les financements pour le projet, et qui vous a proposé le sujet de thèse.
- Tous les autres auteurs remplissent les critères du groupe de Vancouver détaillés ci-dessus.

La liste des noms et affiliations des auteurs doit généralement figurer sur la page de titre. Il est important de prendre soin à l'exactitude des affiliations (qui a des conséquences tangibles en termes de répartition des points SIGAPS). En particulier il est important de ne pas oublier les double-affiliations (pour les hospitalo-universitaires, ou les enseignants-chercheurs).

D'autres personnes qui sont intervenues dans votre travail, mais qui ne remplissent pas les critères ICMJE d'authorship, comme un relecteur pour la correction grammaticale, ou un traducteur, pourront être remerciées en fin de manuscrit, juste avant les références, dans une partie qui s'intitulera remerciements (« Acknowledgements » en anglais). Il faut éviter d'ajouter des auteurs qui n'ont pas contribué à votre travail, puisqu'ils ne remplissent pas les critères d'auteur, et ne peuvent endosser la responsabilité d'intégrité du travail. En particulier, ajouter un auteur par complaisance est à proscrire.

Des mots-clefs vous sont ensuite demandés, qui seront le plus souvent à écrire sur la page de titre. Ces mots-clefs serviront à retrouver votre article dans un monde « électronique », lorsqu'ils seront entrés dans MEDLINE. Il est important de se mettre à la place d'une personne cherchant des références sur le même sujet, et d'imaginer les mots-clefs qu'elle introduirait. Ces mots-clefs ne doivent pas être trop généraux, au risque de noyer la requête dans une masse d'articles, ni trop précis, au risque de faire échouer une requête plus générale. En effet, la hiérarchisation et la classification des articles dans la base de données MEDLINE de la NLM (US National Library of Medicine) se font grâce à une liste normalisée de termes utilisés pour l'analyse documentaire dans le domaine biomédical, dénommé MeSH (Medical Subject Headings). C'est un thésaurus de référence dans le domaine médical, c'est-à-dire une liste de termes ayant entre eux des relations hiérarchiques, synonymiques et de proximité. MeSH est disponible en version française et en version anglaise <http://mesh.inserm.fr/mesh/search/index.jsp>. Les relations hiérarchiques sont celles du descripteur au sein de l'arborescence. Ainsi, chaque descripteur a son descripteur au-dessus de lui (une « branche » plus grosse que lui). Un exemple avec le descripteur « artérite temporale » : les deux synonymes sont « Horton, maladie » et « Artérite Cellule Géante » ; le descripteur de proximité est « pseudo-polyarthrite rhizomélique », et le descripteur supérieur est « artérite ». Lorsque vous choisirez vos mots clefs pour votre article, pensez aux documentalistes qui « rangeront » votre travail dans toute l'arborescence du MeSH, sous les différents niveaux des descripteurs hiérarchiques et des synonymes, et utilisez ces descripteurs dans vos mots clefs.

b. Résumé ou abstract

Après la page de titre, il est nécessaire de rédiger un abstract. C'est la dernière partie que vous rédigerez, après la finalisation du corps de l'article, mais il est primordial. La qualité de rédaction de l'abstract est essentielle, car c'est l'information que vos collègues vont visualiser sur PubMed (et qui conditionnera leur intérêt pour lire votre article, ou l'inclure dans une revue systématique de la littérature), et c'est souvent également la seule partie du manuscrit que l'éditeur lit avant de décider de rejeter ou d'envoyer en reviewing votre article. Les intitulés et le nombre de mots vous sont imposés par le journal. Les intitulés comportent le plus souvent une introduction (« Introduction » ou « Background » en anglais), matériel et méthodes (« Materials », ou « Materials and Methods » en anglais), les résultats (« Results »), et la conclusion (« Conclusions »). Pour certains types d'articles, comme les « briefs reports », l'abstract peut ne pas être structuré, et votre texte respectera alors, sans le mentionner, à peu près le même plan. Un abstract est une description brève de votre étude. L'introduction, dans sa dernière phrase, rappellera l'objectif de votre étude. Les résultats reprendront fidèlement les résultats de votre étude (bien vérifier que tous les effectifs concordent), sans se perdre dans les résultats statistiques.

c. Plan général

Le plan d'un manuscrit doit suivre les instructions du journal. En général, le plan sera le même que dans l'abstract. Il faut noter que certains journaux, en particulier des journaux de travaux fondamentaux, ne suivent pas tout à fait ce plan. La partie « matériel et méthodes » précède parfois l'introduction ou est détaillée en annexe, après la conclusion.

i. Introduction

L'introduction doit convaincre les lecteurs que le travail est d'intérêt par rapport à l'état actuel des connaissances. L'introduction, à travers une recherche bibliographique concise et une présentation de l'état de l'art, doit rappeler brièvement la problématique posée et les meilleures solutions actuelles, ainsi que leurs limites. Avec l'introduction, l'auteur doit informer le lecteur de ce qu'il faudrait faire pour avancer. Enfin, l'objectif de l'étude doit être clairement annoncé dans le dernier paragraphe de l'introduction.

ii. Méthodes/matériels et méthodes

A partir des données méthodologiques, les personnes extérieures à l'expérience vont pouvoir reconstituer les résultats. Il faut donc décrire tous les détails méthodologiques importants de façon claire et précise. Vous définirez le type d'étude (étude transversale, cohorte, série de cas, etc), vous présenterez

les participants et les critères d'inclusion, les procédures, le critère de jugement principal et les critères de jugement secondaires, et les moyens utilisés pour recueillir les données de l'étude, et les analyses statistiques (calcul du nombre de sujets nécessaires, hypothèses statistiques, tests et modèles utilisés). Une étude plus fondamentale décrira les expériences réalisées. On précisera aussi les comités d'éthique consultés (cf chapitres 2a et 2b, s'il y a lieu, ainsi que l'enregistrement ou non sur le site clinicaltrials.gov).

iii. Présentation des résultats

Il faut présenter vos résultats principaux, et non tous les résultats. L'inclusion de tableaux et de figures est conseillée, et il ne faut alors pas répéter dans le texte ce qui est présenté dans les tableaux/figures ; il faut juste citer les faits principaux. Ils permettent de donner beaucoup d'informations en peu de place. Leurs légendes doivent être suffisamment détaillées. Un tableau ou une figure doit pouvoir se comprendre indépendamment du texte, d'où l'importance d'un titre informatif, des notes de bas de tableau, de l'information sur les unités de mesure utilisées... Chaque tableau et figure doit être référencé dans le texte. Lors de la réalisation de ces figures, évitez les couleurs, qui sont payantes et n'apportent que peu d'informations. Vous devez aussi respecter le nombre maximal de figures et de tableaux imposé par le journal.

iv. Discussion

La discussion fait le lien entre les objectifs de l'étude et les résultats que vous avez dégagés. C'est une interprétation et une mise en perspective de vos résultats par rapport à la littérature. Le premier paragraphe de la discussion rappelle les principaux résultats de votre expérience. Ensuite, chaque paragraphe doit discuter un point spécifique de vos résultats. Dans une étude de recherche clinique, cela commence souvent par une discussion sur la population de l'étude ; par exemple, en quoi est-elle particulière par rapport à la population générale ? Les paragraphes suivants aborderont les points essentiels de vos résultats. Un paragraphe est ensuite habituellement consacré aux forces et limites de l'étude : il s'agit souvent de limites méthodologiques (un facteur important fait défaut, la construction de l'étude est critiquable, des biais potentiels sont suggérés, etc.). La longueur de la discussion ne doit pas être excessive au regard du reste de l'article. Ne retenez que les éléments de discussion les plus importants.

La discussion doit amener logiquement votre lecteur vers la conclusion. Cette conclusion est importante, car elle va annoncer ce que votre expérience a permis de réaliser. Il ne faut surtout pas affirmer les choses au-delà de vos résultats, ou résumer votre papier. Dans cette conclusion, vous pourrez aussi décrire les perspectives de recherches futures ou l'impact potentiel de vos résultats en termes de pratique clinique ou politique de santé (tout en restant factuel et prudent).

v. Références

Vous aurez besoin de références lors du rappel des données scientifiques issues d'articles, de la comparaison de vos résultats avec d'autres études similaires (introduction et discussion), ou de la description de techniques ou de méthodes d'investigations publiées (méthodes). Les références sont citées dans le corps de l'article et renvoient aux références complètes listées en fin d'article. Il est nécessaire de ne pas dépasser le nombre de références demandées dans les instructions, et de bien formater la présentation selon la procédure demandée. Vous pouvez vous aider de logiciels de bibliographie, qui ont l'avantage de constituer une bibliothèque de références pour vous, et d'insérer et de déplacer automatiquement les références au fur et à mesure de l'écriture et en cas de correction. Nous vous conseillons deux logiciels de bibliographies : Zotero© (www.zotero.org) qui peut être téléchargé gratuitement, ou bien Endnote©, dont le téléchargement est payant. Leurs utilisations sont assez intuitives.

En médecine, on utilise de façon standardisée les recommandations Vancouver pour référencer les citations. Ces recommandations ont pour objet d'uniformiser la présentation des références bibliographiques dans le domaine médical et bio-médical. Les points abordés ici sont ceux exposés par la National Library of Medicine https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Nous prendrons ici les exemples les plus « classiques » que vous pourrez rencontrer au moment de rédiger votre bibliographie. A noter, certains journaux ont modifié les normes Vancouver et il n'y a pas d'uniformisation entre journaux : lisez bien les instructions aux auteurs.

Il existe 5 grandes zones devant impérativement composer la référence bibliographique : la zone auteur, la zone titre, la zone édition, la zone adresse, la zone collation. La zone auteur va lister les six premiers auteurs suivis de *et al.* Certains journaux demandent de lister simplement trois auteurs avant de mettre *et al.*, si le nombre d'auteurs dépasse six. La zone du titre reprend le titre de l'article de référence, et la zone de l'édition le nom du journal dans lequel l'article a été publié. Ce nom est en abrégé conformément à la liste des abréviations de la NLM <http://library.caltech.edu/reference/abbreviations> (N Engl J Med pour New England Journal of Medicine par exemple) et suivi de l'année de publication en chiffres. Dans la zone de la collation apparaît le volume, le numéro, puis la pagination : la zone débute par un point virgule, le volume est en chiffre, le numéro (entre parenthèses), puis deux points « : », et la pagination en chiffres (première et dernière pages, séparées par un tiret).

Vous trouverez ci-dessous un exemple de référence de plus de six auteurs selon les recommandations de Vancouver :

Sterne JA, Hernán MA, Ledergerber B, Tilling K, Weber R, Sendi P, et al. Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death: a prospective cohort study. *Lancet* 2005; 366:378–384.

Des spécifications particulières existent pour les références qui ne sont pas des articles scientifiques (sites institutionnels, texte de loi, bases de données, etc.), mais dans tous les cas, il faut que le lecteur puisse retrouver la référence citée. De manière générale, on évite de citer des articles soumis mais non encore acceptés (car de ce fait, ils ne sont pas encore validés).

N’oubliez pas de relire la bibliographie après qu’elle a été générée : remettez les noms d’espèce ou de gènes en italique, et vérifiez la conformité de chaque référence avec le style demandé par le journal.

d. Quelques conseils supplémentaires

Si vous avez beaucoup d’informations à communiquer, vous pouvez dans certains journaux télécharger lors de la soumission une annexe ou des fichiers supplémentaires (« appendix » ou supplementary data/files en anglais). L’annexe présente certaines données d’importance secondaire, mais toutefois utiles à la compréhension de votre travail, ou certaines données qui ne peuvent être incluses dans le manuscrit : audio, vidéo. L’annexe ne sera pas imprimée avec l’article, mais sera téléchargeable sur le site de la revue (telle que vous l’avez formatée, les revues ne prévoyant pas de travail d’édition ou de mise en page sur ces fichiers). Nous vous conseillons cependant de formater quand c’est possible l’article sans dépasser la longueur imposée.

Vous pouvez utiliser des abréviations/acronymes que vous définirez lors de leur premier usage dans le texte (ou les tableaux/figures). Seules les abréviations établies (par exemple ADN) ne sont pas à définir. En général, il ne faut pas mettre d’abréviation dans l’abstract, sauf exception. Évitez toutefois d’en utiliser trop, au risque d’apporter plus de confusion que de concision à votre manuscrit. L’écriture de votre manuscrit se fait généralement au passé, puisque l’expérience a eu lieu. Vous pouvez parfois utiliser le présent, lorsque vous affirmez une vérité qui perdure dans le temps. Par exemple, « le traitement de référence du myélome est le traitement Y... ». Utilisez des tournures de phrases directes, utilisez des verbes, et évitez les superlatifs et les pléonasmes, ainsi que l’utilisation de termes vagues tels que « certains », « il est établi », « mécanismes », « il a été dit »...

Nous vous conseillons d’écrire un premier jet que vous relirez quelques jours plus tard, « à tête reposée ». Il faut être rigoureux et bien vérifier que toutes les informations citées dans le manuscrit concordent. En particulier les chiffres des tableaux lorsque ceux-ci sont repris dans le texte. Ensuite,

vous demanderez à votre superviseur principal de relire et commenter. Vous enverrez enfin la version modifiée en fonction des commentaires de votre superviseur à tous les autres co-auteurs, en leur demandant une analyse très critique. Vous effectuerez ensuite les corrections nécessaires et vous pourrez débiter la procédure de soumission sur le site du journal.

Enfin, la plupart des revues intègrent juste avant les références une section sur les financements obtenus (fundings), au même titre que les sections déclaration de conflits d'intérêts (Transparency declaration), ainsi qu'une description de la contribution de chaque auteur.

e. Publier en anglais

Si vous soumettez en anglais, la qualité de l'anglais doit être excellente (faites sinon appel à un traducteur ou un relecteur, parfois proposé de façon gratuite par la faculté de médecine ou votre centre hospitalier), car un anglais de mauvaise qualité réduit vos chances d'être publié. Nous vous conseillons une formation de plusieurs items sur l'écriture d'article scientifique en anglais, qui nécessite certains prérequis d'Anglais. Cette formation sous forme de web conférence est réalisée par l'université de Médecine de Stanford par le Pr Kristin Sainani. L'inscription (hors remise de diplôme) est gratuite, accessible sur l'adresse <https://online.stanford.edu/courses/som-y0010-writing-sciences>. Cette formation est relativement longue, très complète, et nécessite de libérer quelques heures. D'autre part, cette formation vous donne aussi des consignes sur l'organisation de vos phrases et manuscrits qui peuvent aussi s'appliquer en Français.

f. Plagiat

Pour de nombreux étudiants, écrire n'est pas chose facile, et tout particulièrement en anglais. La tentation de réaliser un copier-coller de texte d'autres auteurs, parfois sans les citer, est grande. Si l'on s'en tient à sa définition, le plagiat est « l'appropriation d'un contenu (idée, texte, image, tableau, graphique...) sans l'attribuer à son auteur » (1). « C'est une usurpation du rôle de chercheur, il révèle une imposture. Il n'est pas falsification, il est confiscation de la substance de l'idée créatrice à celui qui l'a délivrée ; il n'est pas déformation, il est captation de la pensée novatrice de celui qui l'a avancée » (2). Vous êtes auteur de votre travail, ce qui comprend l'écriture avec vos propres mots de vos idées et de vos résultats. Il est donc important de citer la source de toute idée développée au cours de votre travail, pour que le lecteur puisse distinguer ce qui est issu de votre travail ou de celui d'une autre personne et d'une autre équipe. En général, cette citation doit se faire avec vos propres mots, en résumant et en paraphrasant. Une citation de définition en reprenant mot à mot peut se faire en utilisant des guillemets, mais est déconseillée. Il faut, en général, éviter de copier-coller tout texte, même en le

citant. Les journaux font d'ailleurs de plus en plus appel à des logiciels de détection du plagiat, et la détection de textes similaires est intégrée dans le menu des éditeurs avec des alertes. Parfois, vous pouvez avoir accès à ce type de logiciel depuis votre compte universitaire (ex. Compilatio®).

Il faut savoir que le plagiat possède une définition légale en France et est une infraction passible de sanctions pénales.

4. La soumission de votre manuscrit

Les étapes de soumission se réalisent sur le site du journal, après obtention d'un identifiant et d'un mot de passe. La plupart des soumissions se fait par le biais d'un système « editorial manager », pour lequel vous devez vous créer un compte (un compte différent pour chaque journal). Ce système permet de créer un compte en vous identifiant par votre numéro ORCID (<https://orcid.org>), ce qui vous permet de garder votre « CV » de recherche à jour. Nous vous conseillons donc de créer un compte ORCID. Initialement le statut de votre article sera « submitted ». Votre manuscrit sera soumis à un éditeur en chef, qui rejettera immédiatement le papier ou l'attribuera à un éditeur associé, son statut passera alors à « with editor ». Le nom et la fonction des membres du conseil éditorial sont disponibles sur le site du journal. Certains journaux vous demanderont à quel membre du conseil vous désirez soumettre votre travail. Il est donc important d'orienter votre manuscrit vers le bon correspondant, visible sur le site du journal. Le référent décidera si votre travail doit être envoyé à des experts indépendants pour un processus de relecture par les pairs (« peer reviewing »). Si votre manuscrit est rejeté, ne vous découragez pas, car cela n'est pas toujours le reflet d'un mauvais travail, mais parfois d'une mauvaise cible pour publier, ou de la soumission de trop nombreux papiers sur le sujet (ex. COVID) Le parcours éditorial de votre article pourra être suivi sur « editorialmanager.com/votre_journal » en général dans les « submissions being processed ».

ANTIVIRAL RESEARCH

Editorial Manager

HOME • LOGOUT • HELP • REGISTER • UPDATE MY INFORMATION • JOURNAL OVERVIEW
MAIN MENU • CONTACT US • SUBMIT A MANUSCRIPT • INSTRUCTIONS FOR AUTHORS • POLICIES

Role: Author Username: [REDACTED]

Author Main Menu

[How can I find out more about the status of my manuscript?](#)

New Submissions

- [Submit New Manuscript](#) (1)
- [Submissions Sent Back to Author](#) (0)
- [Incomplete Submissions](#) (0)
- [Submissions Waiting for Author's Approval](#) (0)
- [Submissions Being Processed](#) (1)

Revisions

- [Submissions Needing Revision](#) (0)
- [Revisions Sent Back to Author](#) (0)
- [Incomplete Submissions Being Revised](#) (0)
- [Revisions Waiting for Author's Approval](#) (0)
- [Revisions Being Processed](#) (0)
- [Declined Revisions](#) (0)

Completed

- [Submissions with a Decision](#) (1)

Submissions Being Processed for Author [redacted]

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display 10 results per page.

Action	Manuscript Number	Title	Authorship	Initial Date Submitted	Status Date	Current Status
Action Links	AVR-D-21-00254	[redacted]	Other Author	Jun 12, 2021	Jun 20, 2021	Under Review

Page: 1 of 1 (1 total submissions) Display 10 results per page.

<< Author Main Menu

Exemple d'interface de suivi et de soumission de publication.

a. La « cover letter »

Vous devez présenter tous les arguments susceptibles de convaincre l'éditorial en chef ou associé que votre étude mérite d'être prise en considération. C'est la fonction de la « cover letter », ou lettre d'accompagnement de votre manuscrit, qui est une vraie lettre de motivation. Elle est souvent négligée par les auteurs, tout particulièrement les plus jeunes. Elle doit être écrite comme une lettre circonstanciée de motivation, sans résumer l'étude, ni réécrire l'abstract. Les points suivants pourront être soulignés :

- la thématique de votre travail, et pourquoi vous avez choisi ce journal (intérêt pour l'audience habituelle, ligne éditoriale, complémentarité de votre étude avec des publications antérieures du même journal)
- l'apport de votre travail en regard des connaissances établies sur le sujet,
- les publications de vos co-auteurs sur le même thème,
- vous pouvez proposer quelques « reviewers » (ou relecteurs), et les raisons de vos choix, (évités de citer des collègues avec qui vous ou vos co-auteurs avez beaucoup publié ; ne citez qu'un ou deux Français).
- et enfin expliquer vos conflits d'intérêts.

Certains journaux demandent aussi de citer les reviewers que vous souhaiteriez écarter lors du processus de soumission, ce qui peut être déstabilisant. Cela ne peut se justifier qu'en cas de conflit d'intérêt majeur avec une équipe. Vous en discuterez avec vos superviseurs.

Un exemple de lettre d'accompagnement vous est proposé ci-dessous. Il s'agit d'une lettre d'accompagnement rédigée pour une étude multicentrique sur le dépistage du cancer broncho-pulmonaire par tomographie à faible dose thoracique chez les personnes vivant avec le VIH. Cette lettre aborde au fur et à mesure les points suivants :

- le premier paragraphe rappelle le titre du manuscrit,
- le deuxième paragraphe contextualise rapidement le travail et en présente les motivations de réalisation,
- le troisième paragraphe est un résumé des impacts du papier,

- le quatrième paragraphe énumère les différents lecteurs potentiellement intéressés par le sujet,
- un cinquième paragraphe développe le travail déjà réalisé par l'équipe,
- et enfin, quatre relecteurs du travail sont proposés, avec une justification des choix.

Il est d'usage de préciser que l'ensemble des auteurs a lu et approuvé le manuscrit (ce qui répond à la définition d'auteur ci-dessus) et que le travail n'a pas été soumis auprès d'un autre journal. L'ensemble de la lettre doit être rédigé de la façon la plus succincte possible.

Corresponding author: Alain Makinson, Département des Maladies Infectieuses, CHRU

Montpellier, telephone: ; e-mail:

Alternative correspondent: Professor Vincent Le Moing, Département des Maladies Infectieuses,

CHRU Montpellier, telephone: ; e-mail :

To the editorial board of the AIDS Journal

August the 14th, 2015

Dear Editor,

We are pleased to submit our manuscript entitled “Feasibility and efficacy of early lung cancer diagnosis with chest computed tomography in HIV-infected smokers. The ANRS EP48 HIV CHEST Study” for publication in the AIDSJournal.

Lung cancer is the most frequent fatal non-AIDS defining malignancy in people living with HIV (PLWHIV). Standardized incidence ratios of lung cancer are increased in PLWHIV in comparison to the general population, with increased rates persisting even after adjusting for smoking. Early lung cancer screening with chest computed tomography (CT) was shown to be beneficial in heavy smokers aged 55 to 74 years in the NLST study (Aberle DR, Adams AM, Berg CD, et al. *N Engl J Med.* 2011). However, studies are needed to evaluate feasibility, benefits and harms of lung cancer screening in PLWHIV. We thus conducted a lung cancer early diagnosis program with a single chest CT in PLWHIV in France, of at least 40 years, with a smoking uptake within the last three years of ≥ 20 pack-years, a nadir CD4 T-cell count $< 350/\mu\text{L}$, and a current CD4 T-cell count ≥ 100 cells/ μL .

The primary results of our study have important implications for screening lung cancer in the HIV-infected smokers. First, lung cancer screening in HIV smokers is feasible, and will yield an acceptable rate of false positive images and few adverse events. Second, adherence to study protocol was good. Third, lung cancer screening should benefit PLWHIV younger than 55 years who smoke (in contrast with some guidelines in the general population, based on the NLST study results). Our study and others argue for an age limit of 45 years or older in PLWHIV with a significant history of immunodeficiency. This study primarily addresses the HIV-caring community, as HIV clinicians are now aware of emerging complications in the HIV-infected population, which include lung cancer, and as they are implicated in prevention, diagnosis and management of these morbidities. The results of our study will also interest medical doctors and radiologists interested in lung cancer screening, particularly in specific high-risk populations.

Partial results of this study were discussed in an oral poster discussion session of the 2015 CROI meeting in Boston. Our team has also previously published studies on lung cancer in the HIV-infected, including ancillary studies of the ANRS EP48 HIV CHEST study:

- Thouvenin Y, Makinson A, Cournil Amandine et al. Chest Low dose Computed Tomography for early lung cancer diagnosis as an opportunity to diagnose vertebral fractures in HIV-infected smokers, an ANRS EP48 HIV CHEST Substudy. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes., Post Acceptance: March 06, 2015

- (...)

All authors have seen and approved the current version, and the manuscript has not been previously published nor is being considered for publication elsewhere.

We can also submit the study protocol with all the authorizations, at your request. However, as a study financed by a French public agency (ANRS), protocols are written in French, though they had to include a summary in English. Also, the methods' section of the submitted manuscript and its supplementary appendix are truthful English translations of the protocol. Please let me know if you are willing to receive the protocol in French.

We suggest the four following reviewers:

- Professor E. E., who works at the nih and who is an epidemiologist very interested in comorbidities in HIV-infected populations, particularly cancers. His mail is [.....](#)
- Professor M. B. (mail:). (...)

We believe these four reviewers will procure an objective and cross-disciplinary analysis of this study. We are looking forward to hearing from you, and we hope that the editorial board will consider our manuscript for reviewing.

Yours sincerely,

Dr Alain Makinson

Main investigator of the ANRS EP48 HIV CHEST Study Team

b. L'étape de « reviewing » (relecture par vos pairs)

Si votre manuscrit est apprécié par les membres du conseil éditorial, il sera expertisé par un ou plusieurs relecteurs. Les relecteurs ne sont pas obligatoirement ceux que vous avez proposés dans votre « cover letter », et sont en définitive choisis par le conseil d'éditorial. Ils resteront en général anonymes, et rédigeront un rapport sur votre manuscrit. Des experts en nombre variable sont sollicités pour la relecture, en fonction des exigences de chaque journal ainsi que de la nature de votre travail. Le statut de l'article sera alors modifié pour « under review ». C'est à vous de suivre le processus éditorial dans editorial manager, sinon vous ne serez pas nécessairement informé par mail de cette étape. La plupart du temps, les reviews sont anonymes, mais les journaux demandent de plus en plus aux reviewers s'ils acceptent de lever cet anonymat, dans l'optique d'améliorer la transparence de la recherche,

c. Décision du conseil éditorial

Les avis des relecteurs sur votre travail sont souvent « gradués » de la façon suivante : acceptation sans réserve, acceptation avec modifications mineures, acceptation avec modifications majeures, ou rejet du papier ; les reviewers peuvent aussi rédiger des commentaires uniquement destinés à être lus par l'éditeur. Cette réponse reste anonyme, et vous n'aurez accès finalement qu'aux commentaires de relecteurs. C'est le conseil éditorial du journal qui décidera *in fine* du rejet ou non de votre article, ou bien de la demande de soumettre à nouveau le papier avec des modifications mineures ou majeures, en s'aidant pour cette décision des commentaires des « reviewers ». Pendant ce temps le statut repassera de « under review » à « with editor » puis parfois « decision under process ». A ce moment-là, la réponse est incessante. Les différentes possibilités sont développées ci-dessous.

Le papier est accepté sans réserve. C'est exceptionnel. Vous avez su d'emblée présenter clairement un travail bien mené.

Les recommandations sont de réaliser des modifications mineures. C'est une situation assez rare, et d'excellent augure pour l'acceptation finale. Il n'y a généralement pas de problème de présentation ni de fond. Vous n'avez *a priori* que quelques points à modifier et vous devez répondre de façon généralement assez simple aux questions (« queries ») des reviewers.

Les recommandations sont de réaliser des modifications majeures Les « reviewers » et le conseil éditorial ont considéré votre travail comme intéressant, avec cependant des réserves sur le fond et la forme qui empêchent la publication de votre travail en l'état. Ils recommandent que vous répondiez point par point aux questions des relecteurs, et que vous procédiez à des modifications substantielles.

Malgré les corrections et une réponse justifiée aux relecteurs point par point, une deuxième soumission n'est pas synonyme d'une acceptation de votre travail par le journal.

Les recommandations sont de ne pas publier votre travail. Si vous êtes l'auteur-correspondant, vous recevrez alors un courriel vous expliquant que le journal reçoit un grand nombre de soumissions, et que le conseil éditorial a fait un choix difficile en refusant votre travail, malgré la qualité de votre recherche. Il existe parfois des réponses très personnalisées, et parfois les membres du conseil éditorial vous encouragent à soumettre ailleurs, parfois à un journal avec un IF inférieur ou dans les revues open-access de la même famille éditoriale, auquel cas les éventuelles reviews seront transférées avec votre manuscrit et tout le processus ne sera pas nécessairement à recommencer. Néanmoins renseignez-vous sur la réputation (IF) de la revue proposée, ou le coût éventuel de publication (pour les journaux open-access), et demandez son avis à votre superviseur. Ne vous découragez pas, car c'est la situation la plus fréquente, et votre travail a suffisamment intéressé le conseil éditorial pour être envoyé à des relecteurs. Prenez en considération les commentaires que vous avez reçus pour soumettre à un autre journal une version améliorée de votre travail. C'est important à deux titres : (i) les commentaires rédigés par les reviewers et l'éditeur sont en général pertinents et aident souvent à améliorer le manuscrit ; (ii) quand vous allez renvoyer votre article à une autre revue, vous risquez de tomber de nouveau sur les mêmes reviewers, et ils seront très mécontents si leurs commentaires précédents ont été totalement négligés.

En cas de demande de modifications, vous devez soumettre à nouveau un deuxième manuscrit avec les corrections réalisées. Une version avec les corrections apparentes et une lettre de réponse aux commentaires des relecteurs seront exigées, en plus de la nouvelle version de votre travail. Une réponse point par point (indiquant les numéros de page + ligne où une modification du manuscrit a été apportée) est la meilleure formule (cf. ci-dessous). Un ton poli est à adopter, avec des justifications d'ordre scientifique et la citation de vos sources. Après cette deuxième version, les membres du conseil éditorial ont le choix soit d'accepter d'emblée votre manuscrit, soit de le faire lire à nouveau par les mêmes experts, ou parfois par de nouveaux. Le processus de questions/réponses peut durer longtemps, mais le plus souvent vous recevrez après la deuxième soumission une réponse définitive. Vous trouverez ci-dessous un exemple de réponses aux relecteurs.

We would like to thank the reviewers for their reading and comments of our manuscript entitled « Feasibility and efficacy of early lung cancer diagnosis with chest computed tomography in HIV-infected smokers. The ANRS EP48 HIV CHEST Study». We believe that their comments have helped to enhance the quality of our paper. We propose herein a point-by-point answer to the reviewers, and we have made visible corrections in the resubmitted manuscript.

Answer to reviewer n°2:

Comment: This well-conducted large study explores histologically proven lung cancers diagnosed by CT with a 2-year follow-up among > 440 HIV positive smoking individuals in France. The paper is well written, but is limited by the low number of events (9 lung cancers) and the lack of a control-group.

A few comments:

It would be of relevance to characterize these high-risk HIV patients in more details. Are more data available regarding years with immunodeficiency (e.g. years with CD4 < 200)? Did all the lung cancer patients have prior (lung) AIDS defining diseases? What is the consequence of a nadir CD4 < 350?

Answer: Table 2 shows immunodeficiency characteristics, precisely CD4 last value, nadir CD4 value, and CD4/CD8 ratio. No lung cancer subjects had a history of AIDS defining disease concerning the lung (e.g. pneumocystis). A comment specifying this last point was added in the results section, end of second paragraph, page 9: “None of these lung cancer subjects had a history of AIDS classifying disease involving the lung”.

We have no information on duration of lymphopenia < 200 cells/ μ L for every subject enrolled. However, we believe the immunological description of our lung cancer subjects is quite extensive as CD4 recent values reflect actual response, and low CD4 nadir history (in the whole study population) and a lower than normal CD4/CD8 ratio in most subjects with lung cancer reflects on-going immune impairment despite normal CD4 values. By recruiting subjects with a nadir CD4 < 350, we focused the study on HIV-infected smokers with the highest risk of lung cancer due to history of immune deficiency as mentioned in the manuscript pages 6 and 10.

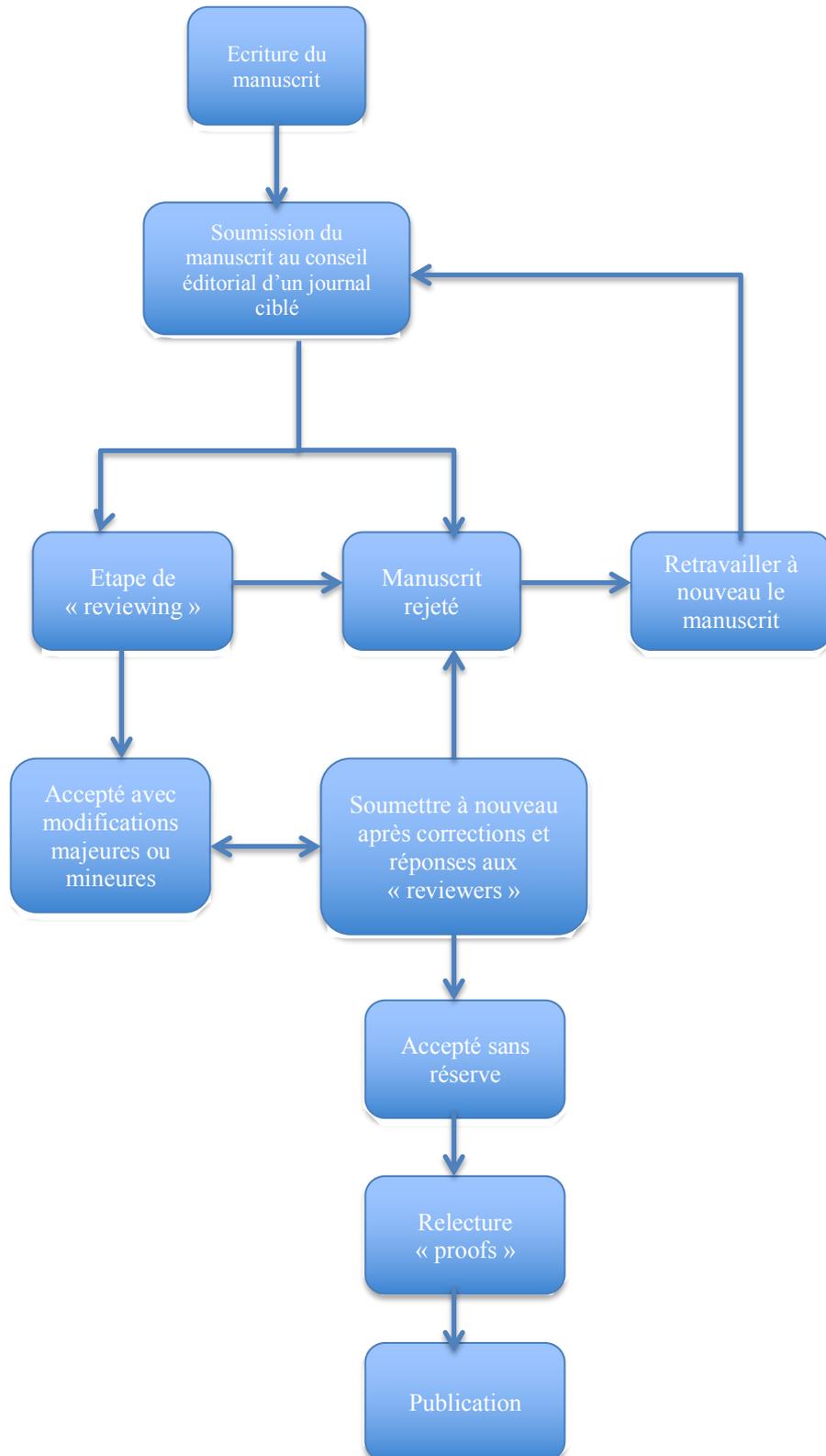
(...)

5. Les étapes après l'acceptation de votre travail

Après acceptation par le conseil éditorial de publier votre manuscrit dans son journal, il vous faudra corriger une dernière fois les proofs, version finale en pdf de votre manuscrit. Aucune correction de fond n'est permise, mais on vous demandera de vérifier les adresses des auteurs, l'emploi de tel ou tel mot ou le sens de quelques phrases. Votre manuscrit sera publié quelques semaines plus tard dans une version papier (ou non), et souvent précédée d'une version électronique (souvent la version avant les « proofs »), consultable sur le site du journal. Le laps de temps est souvent très court entre l'envoi des proofs et leur retour à l'éditeur, de l'ordre de 48 h. Bien faire attention, surtout en période estivale (indiquez vos dates d'indisponibilité dans votre compte dans le système editorial manager, ou demandez à l'un de vos co-auteurs s'il peut s'assurer de cette dernière étape, en l'indiquant à l'éditeur en charge).

6. Synthèse

Une synthèse des différentes étapes de la soumission d'un travail est représentée dans la figure 2.



7. Annexe I : les points SIGAPS et nouveau score publication SIGAPS

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), la participation des établissements de santé aux Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation (MERRI) est financée via des dotations budgétaires spécifiques. A cette fin, depuis 2016 une dotation socle a été mise en place pour financer des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation. Elle est répartie en fonction d'indicateurs de résultats ou de moyens, et revalorisée annuellement..

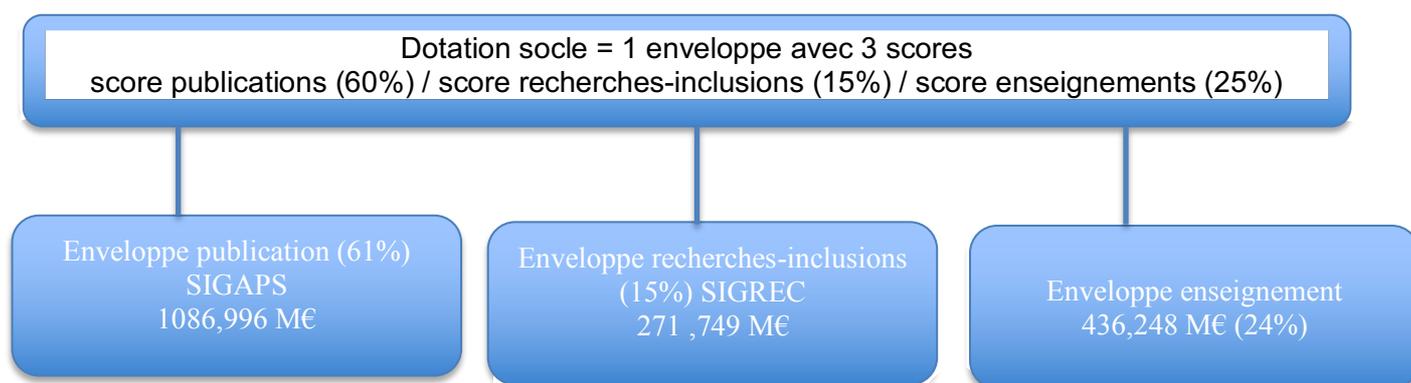


Figure 3 : enveloppe budgétaire et répartition en 2021

Le comité ministériel de pilotage recherche et innovation (COPIL RI) a missionné un groupe de travail scientifique et technique composé d'experts afin de trouver des solutions permettant de mieux mesurer l'effort de recherche d'excellence en santé promue par les établissements de santé. Ce groupe de travail a rédigé un rapport comprenant un bilan et 18 propositions d'évolution du modèle de répartition.

Sur la base de ces propositions, les membres du COPIL RI ont validé le 12 février 2021 une évolution du modèle de répartition de la dotation socle. Le modèle SIGAPS, développé ci-dessous, s'est adapté à la mise en application de certaines des propositions du groupe de travail.

SIGAPS (Système d'Interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques) est un logiciel de bibliométrie. Il a pour objectif de recenser, d'évaluer, et d'analyser quantitativement et qualitativement la production scientifique des Établissements de Santé ayant une activité de recherche clinique au travers de l'analyse de leurs publications scientifiques. Les résultats de ces extractions représentent l'un des indicateurs essentiels servant de base de calcul pour l'attribution des enveloppes budgétaires MERRI. Le score SIGAPS peut aussi se calculer à l'échelle individuelle. Le score tient compte de la catégorie de la revue dans laquelle il est publié et de la position des auteurs. Pour plus de

détails sur les catégories des journaux et les impact factors, merci de vous référer au chapitre « comment choisir votre journal ».

Le score SIGAPS est le produit de deux coefficients C1 et C2 fixés de la manière suivante :

Catégorie	Points (C1)
A+ (The Lancet, Nature, Science, NEJM, JAMA et BMJ)	14
A (niveau excellent)	8
B (niveau très bon)	6
C (niveau moyen)	4
D (niveau faible)	3
E (niveau très faible)	2
NC (non classés par l'Institute for Scientific Information)	1

Position de l'auteur	Points (C2)
1 ^{er} et dernier auteur	4
2 ^{ième} auteur	3
Avant dernier auteur (à partir de 6 auteurs)	3
3 ^{ième} auteur	2
Position intermédiaire (k)	1
Liste investigateur	0

NB : SIGAPS ne prend pas en compte la notion de « co-premier auteur ».

Les publications doivent être référencées dans la base Medline (sur le serveur PubMed). Le publiant doit être rémunéré par l'établissement. Ses publications doivent avoir été validées manuellement par ses soins. L'institution peut procéder à une validation « administrateur » mais la validation manuelle l'emportera en cas de revendication d'un même signataire par plusieurs établissements : la seule validation réellement efficace est celle effectuée par le chercheur lui-même, ne serait-ce que pour éviter les risques d'erreur liés à des homonymies. Attention, dans le calcul des indicateurs MERRI par la DGOS, ne sont comptabilisées que les publications de type Journal Article, Review et Editorial.

La valeur du point SIGAPS est de l'ordre de 600 euros (en fonction de la production nationale SIGAPS et de l'enveloppe budgétaire publications attribué par année). Cette valeur évolue en fonction des directives imposées par la DGOS et du montant de l'enveloppe allouée. Ainsi la publication dans AIDS (journal de catégorie A dans sa discipline) en 1^{er} auteur correspond à 8X4 points SIGAPS, soit 32 points SIGAPS, soit 16 000 euros de financement MERRI, et ce pendant 4 ans. Les points d'un article publié en 2015 contribueront aux recettes MERRI 2017. Chaque article n'est comptabilisé qu'une seule fois pour une structure administrative. Les points sont rattachés à la structure dont l'auteur est le mieux positionné dans la liste des signataires.

Depuis 2021, le calcul du score SIGAPS a évolué significativement. Il reprend les pondérations du positionnement de l'auteur et de la catégorie de la revue, en maintenant la catégorie d'excellence A+ mais le calcul n'est plus C1xC2. Désormais, pour obtenir le score de publication d'un auteur, on pondère la position de l'auteur divisé par la somme des pondérations des auteurs (pour que la somme des coefficients de position soit égale à 1), et on multiplie le coefficient de position par la catégorie de revue. Soit un nombre de points SIGAPS égal à : $\frac{C_1}{\sum_1^i C_{1i}} \times C_2$

Par exemple, si on a 3 auteurs dans une publication, alors le 1^{er} auteur est pondéré par 4 (C1=4), le 2^{ème} par 3 (C1=3) et le dernier par 4 (C1=4). La somme des pondérations des auteurs est égale à 11 (4+3+4=11). Donc si la revue est de catégorie A (C2=8pts) alors :

- score 1e auteur = 4/11*8 = 2,91
- score 2e auteur = 3/11*8 = 2,18
- score dernier auteur = 4/11*8 = 2,91

Si le 1^{er} et le 2^{ème} auteurs appartiennent à la même entité (par exemple le même hôpital), alors le score de l'entité = (4+3)/11x 8 = 5,09. A noter que l'on ne connaîtra la valeur de ce nouveau point SIGAPS qu'en fonction de la production totale nationale mesurée de cette nouvelle manière (puisque la quantité de l'enveloppe publication est fixée chaque année).

8. Annexe II : autres indicateurs de bibliométrie personnelle

Deux indicateurs bibliographiques personnels sont intéressants, les index H et i10. Ces indicateurs sont accessibles par le site web of science.

Index-H : « Un scientifique a un indice h si h de ses articles ont chacun au moins h citations, et les autres articles ont au plus h citations chacun. » Par exemple, un index-H de 8 d'un auteur signifie que 8 articles ont été cités au moins 8 fois depuis leur parution.

Index i10 : L'index i10 est le nombre de publication d'un auteur avec au moins 10 citations.

9. Annexe III : arrêté du 12 avril 2018

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 12 avril 2018 fixant la liste des recherches mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique

NOR : SSAP1810240A

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L. 1121-1 et R. 1121-2,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Sont réputées être des recherches mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique les recherches portant sur des personnes saines ou malades et comportant un ou plusieurs actes ou procédures dénués de risques mentionnés sur la liste figurant en annexe 1 du présent arrêté. Ce ou ces actes ou procédures sont décrits et justifiés dans le protocole de la recherche.

Lorsque ces recherches sont réalisées dans le cadre du soin, ces actes ou procédures ne doivent pas retarder, prolonger ou perturber le soin.

L'absence de risque s'apprécie notamment au regard du sexe, de l'âge, de la condition physique et de la pathologie éventuelle de la personne se prêtant à la recherche, ainsi que des risques connus prévisibles des actes ou procédures, de la fréquence, de la durée et des éventuelles combinaisons de ces actes ou procédures et des éventuels produits administrés ou utilisés.

Art. 2. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 12 avril 2018.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,

J. SALOMON

ANNEXE 1

LISTE DES ACTES OU PROCÉDURES POUVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LE CADRE D'UNE RECHERCHE MENTIONNÉE AU 3° DE L'ARTICLE L. 1121-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les recherches mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique sont celles qui comportent un ou plusieurs actes ou procédures réalisés conformément à la pratique courante et mentionnées dans la liste ci-dessous.

L'absence de risques et contraintes liés à la réalisation de ces actes ou procédures détaillés et justifiés dans le protocole s'apprécie notamment au regard du sexe, de l'âge, de la condition physique et de la pathologie éventuelle de la personne se prêtant à la recherche, ainsi que des risques connus prévisibles des actes et procédures, de la fréquence, de la durée, des éventuelles combinaisons de ceux-ci et des éventuels produits administrés ou utilisés.

1° Recueil supplémentaire et minime d'éléments ou de produits du corps humain effectué, à l'occasion d'un prélèvement de ces éléments et produits réalisé dans le cadre du soin, pour les besoins spécifiques de la recherche et notamment :

- volume de sang supplémentaire à la condition que le volume total prélevé respecte les indications de l'annexe 2 du présent arrêté ;
- volume supplémentaire minime de tout épanchement.

Sont exclus les prélèvements exclusivement effectués dans le cadre du soin et relevant des articles L. 1211-2, L. 1131-1-1 et L. 1245-2 du code de la santé publique.

2° Recueil d'éléments de produits du corps humain qui ne présente aucun caractère invasif et qui ne sont pas prélevés dans le cadre du soin : salive, glaire, urine, selles, sperme, méconium, lait maternel, colostrum, poils, cheveux, ongle, sueur.

3° Ecouvillonnage superficiel de la peau, du nez, du conduit auditif, de la cavité buccale incluant l’oropharynx, de l’orifice anal et des stomies.

4° Recueil par capteurs extra-corporels non invasifs, notamment :

a) Conditions générales et environnementales :

- ces techniques ne comportent pas de franchissement de la barrière cutanée ou muqueuse et sont réalisées conformément aux recommandations du fabricant des appareils utilisés ou de la notice d’utilisation lorsqu’il s’agit de dispositifs médicaux ;
- le recueil peut être fait, selon le protocole de la recherche, après un exercice musculaire modéré, ou d’autres activités habituelles de la vie quotidienne, lors d’investigations sensorielles ou sensorimotrices, dans des conditions de modification de l’environnement, dans un environnement virtuel ou un simulateur ;
- les mesures peuvent être faites en ambulatoire.

b) Techniques de recueil :

- enregistrements et mesures électriques ou électro-magnétiques et optiques, notamment par tensiométrie, électrocardiogramme (ECG), électroencéphalogramme (EEG) (notamment neurofeedback), polysomnographie, électromyogramme (EMG), magnétoencéphalographie (MEG), magnéto-cardiographie, spectroscopie, notamment en proche infra-rouge (NIRS), électro-oculographie, échographie externe ;
- mesures transcutanées, (oxymétrie) ;
- capteurs de force, capteurs de mouvement ou d’amplitude articulaire ;
- mesures par bioimpédancemétrie, calorimétrie indirecte ;
- doppler, débitmètre.

5° Enregistrements audio, vidéo, photographiques hors imagerie médicale.

6° Recueil de données électrophysiologiques sur matériel implanté ou en cours d’implantation pour le soin.

7° Mesures anthropométriques sans intervention invasive.

8° Entretiens, observations, tests et questionnaires qui ne peuvent mettre en jeu la sécurité de la personne ou conduire à la modification de sa prise en charge habituelle et dont les contraintes et inconvénients apportés à la personne qui se prête à la recherche sont négligeables.

ANNEXE 2

Volume maximal de sang pouvant être prélevé en fonction du poids corporel (pour les besoins de la recherche uniquement)			
Poids (kg)	Volume sanguin total (mL)	Volume maximal par prélèvement (mL)	Volume maximal par période de 4 semaines (mL)
0.5-1.5	50-150	0.5-1.5	1.5-4.5
1.5-2.5	150-250	1.5-2.5	4.5-7.5
2.5-5	250-500	2.5-5	7.5-15
5-12	500-960	5-9.6	15-28.8
12-20	960-1600	9.6-16	28.8-48
20-30	1600-2400	16-24	48-72
30 ≥ 70	2400 ≥ 5600	24-56	72-168

(Mise à jour du 17 février 2021)

Interventions relevant de la catégorie 2 (risques et contraintes minimales)

LISTE DES INTERVENTIONS POUVANT ÊTRE RÉALISÉES DANS LE CADRE D'UNE RECHERCHE MENTIONNÉ AU 2° DE L'ARTICLE L. 1121-1 DU [CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE](#)

La présente annexe établit la liste des interventions réalisées pour les besoins de la recherche dont la réalisation ne comporte que des risques et des contraintes minimales.

Le caractère minimal des risques et contraintes liés à la réalisation de la ou des interventions détaillées et justifiées dans le protocole de recherche s'apprécie notamment au regard du sexe, de l'âge, de la condition physique et de la pathologie éventuelle de la personne se prêtant à la recherche, ainsi que des risques connus prévisibles du type d'intervention, de la fréquence, de la durée, des éventuelles combinaisons de ces interventions et des éventuels produits administrés ou utilisés.

1. **Attribution de façon aléatoire d'acte(s) ou de stratégies diagnostiques ou médicales ou d'intervention(s) de pratique courante** à une personne ou à un groupe de personnes.
2. Administration ou utilisation de produits mis sur le marché au sein de l'Union européenne, lorsque les conditions d'utilisation de ces produits sont conformes à leur destination et à leurs conditions d'utilisation courante.
3. Administration de médicaments auxiliaires tels que définis à l'[article L. 5121-1-1 du code de la santé publique](#) conformément à leur autorisation de mise sur le marché ou, lorsqu'ils sont utilisés dans des conditions différentes de celles prévues par cette autorisation conformément à des données probantes et étayées par des publications scientifiques concernant la sécurité et l'efficacité de ces derniers.

(NB : " Médicament auxiliaire ", un médicament utilisé pour les besoins d'un essai clinique conformément au protocole, mais non comme médicament expérimental ; " Médicament expérimental ", un médicament expérimenté ou utilisé comme référence, y compris comme placebo, lors d'un essai clinique)

4. Réalisation d'actes qui dans le cadre de la recherche sont réalisés de manière habituelle et qui **ne relèvent pas de l'arrêté fixant la liste des recherches mentionnées au 3° de l'article L. 1121-1 du code de la santé publique.**

5. **Les prélèvements de sang effectués spécifiquement pour la recherche** qui sont réalisés par ponction veineuse, périphérique ou capillaire et dont le volume total du prélèvement ne dépasse pas la valeur définie en fonction du poids de la personne, selon les indications du tableau figurant en annexe 2.

6. **Les prélèvements d'échantillons biologiques, autres que le sang, spécifiquement pour les besoins de la recherche** (le nombre, le volume et/ou la taille des échantillons biologiques prélevés sont décrits et justifiés dans le protocole de la recherche) :

- biopsies cutanées superficielles à l'exclusion des biopsies de la face et des plis ;
- tissus ou biopsies élargis ou supplémentaires à l'occasion de gestes médico-chirurgicaux réalisés dans le cadre du soin ;
- urines après sondage ;
- écouvillonnage du col utérin, du vagin, de l'œil et du nasasopharynx ;
- expectoration provoquée ;
- liquide amniotique supplémentaire à l'occasion d'un prélèvement réalisé dans le cadre du soin (volume total du soin et de la recherche ≤ 5ml) ;
- liquide céphalo-rachidien prélevé à l'occasion du soin (volume total du soin et de la recherche ≤ 5mL).

En résumé, non exhaustif :

Catégorie 2	Catégorie 3
-------------	-------------

<p>Randomisation de stratégies diagnostiques ou médicales ou d'intervention(s) de pratique courante</p> <p>Administration de médicaments selon leur AMM</p> <p>Administration hors AMM de médicaments dans le cadre du protocole, sauf si c'est un essai clinique portant ce médicament en particulier (catégorie 1)</p> <p>Les prélèvements de sang ou d'autres échantillons biologiques effectués <u>spécifiquement</u> pour la recherche (pas de prélèvement dans le cadre du soin)</p> <p>Réalisation d'imagerie sans injection de produit de contraste (TDM, IRM, Radiographie).</p> <p>Entretiens, observations et questionnaires dont les résultats peuvent conduire à la modification de la prise en charge médicale habituelle selon votre protocole.</p> <p>Réalisation d'actes n'appartenant pas à la catégorie 3</p>	<p>Prélèvements de sang ou d'autres échantillons biologiques supplémentaire à l'occasion d'un prélèvement dans le cadre du soin</p> <p>Prélèvement spécifique non invasif pour la recherche de liquides biologiques (urines - sans sondage, sinon catégorie 2 - , selles, lait), écouvillons superficiels (cutané, nasal, anal)</p> <p>Acquisition de données de capteurs externes : ECG, EEG, échographie.</p> <p>Entretiens, observations et questionnaires dont qui ne peuvent pas conduire à la modification de la prise en charge médicale habituelle</p>
--	--