

Structures et activités de santé publique au sein des CHU français

Etat des lieux

17 Mai 2018

C Ferriot (ISP)

B Leclère, C Paillé, L Moret



Service d'Evaluation Médicale et d'Epidémiologie
CHU de Nantes



Contexte

- **Quelle place pour la Santé Publique au sein des CHU ?**
 - Développement progressif de la santé publique hospitalière depuis 30 ans
 - Organisations diverses en fonction de l'histoire locale
 - Apparition de nouvelles activités
 - Apparition de nouveaux métiers médicaux et non médicaux

Objectifs

- **Décrire dans les CHU français :**
 - Les structures et activités de santé publique
 - La place de la discipline
- **Décrire les points positifs, les risques identifiés et les possibilités de développement et de renforcement de la discipline**

Méthode

○ Recueil de données

- 29 CHU et 12 hôpitaux universitaires (HU) de l'AP-HP
- **Questionnaire en ligne** (Sphinx)
Emails adressés à :
 - Coordinateur de DES de Santé Publique
 - **ET** Médecin de santé publique identifié via le site internet du CHU ou par connaissance
 - **Copie** : Chef de pôle comprenant la majorité des activités de santé publique

Entre le 21/02 et le 31/03 avec 2 relances

• Entretien téléphonique

- De plusieurs médecins ayant laissé leurs coordonnées
- Suivant une grille d'entretien (durée : 30 minutes)

○ Analyse des données

- Unité d'analyse : CHU ou HU
- Prise en compte d'une seule réponse par CHU
 - Coordinateur du DES complétée par la réponse des autres répondants
- Logiciel SPSS
- Illustrées par les données issues des entretiens téléphoniques



RÉSULTATS

1- EXISTANT

Echantillon

- **44 réponses** / 84 mails envoyés (*plusieurs réponses pour certains CHU*)
- **Taux de réponse : 33 CHU ou HU / 41 (80%)**
 - **24/29 CHU (83%)**
 - **9/12 HU pour l'AP-HP (75%)**
 - Réponses manquantes
 - CHU : Besançon, Nîmes, Martinique, Point à Pitre, Poitiers
 - HU : Robert Debré, HU Est parisien, HU St Louis Lariboisière Fernand-Widal

Existence d'un pôle de Santé Publique ?

= Pôle regroupant la plupart des activités de SP présentes dans le CHU ou HU

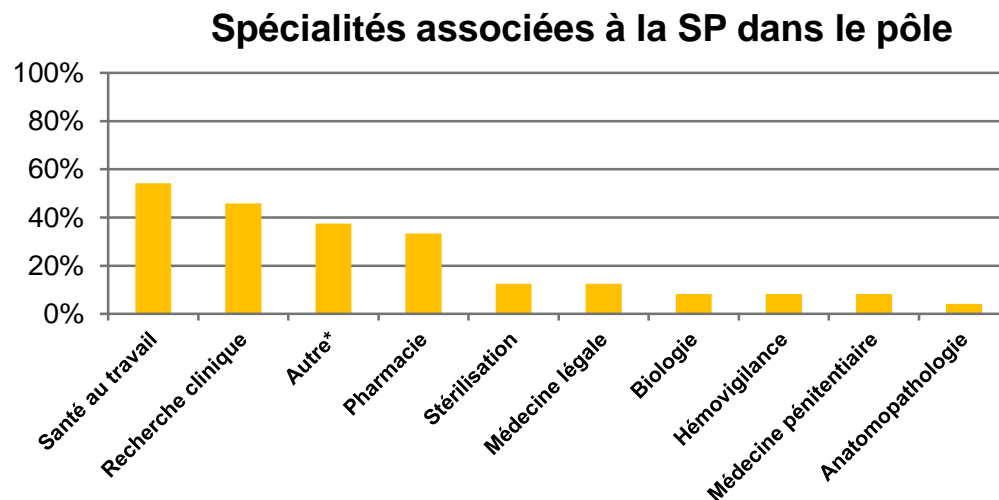
○ Pôle de santé publique : **85%** (28/33)

- 4 CHU sans pôle de SP : Saint Etienne, Montpellier, Limoges, Caen
- 1 HU sans pôle de SP : Paris Seine Saint-Denis

○ Chef de pôle médecin de santé publique : **61%** (17/28)

- Santé au travail (n=2), Pharmacie (n=2), Biologie (n=2), Radiologie, Ophtalmologie, Médecine nucléaire

○ Pôle associé à d'autres spécialités : **86 %** (24/28)

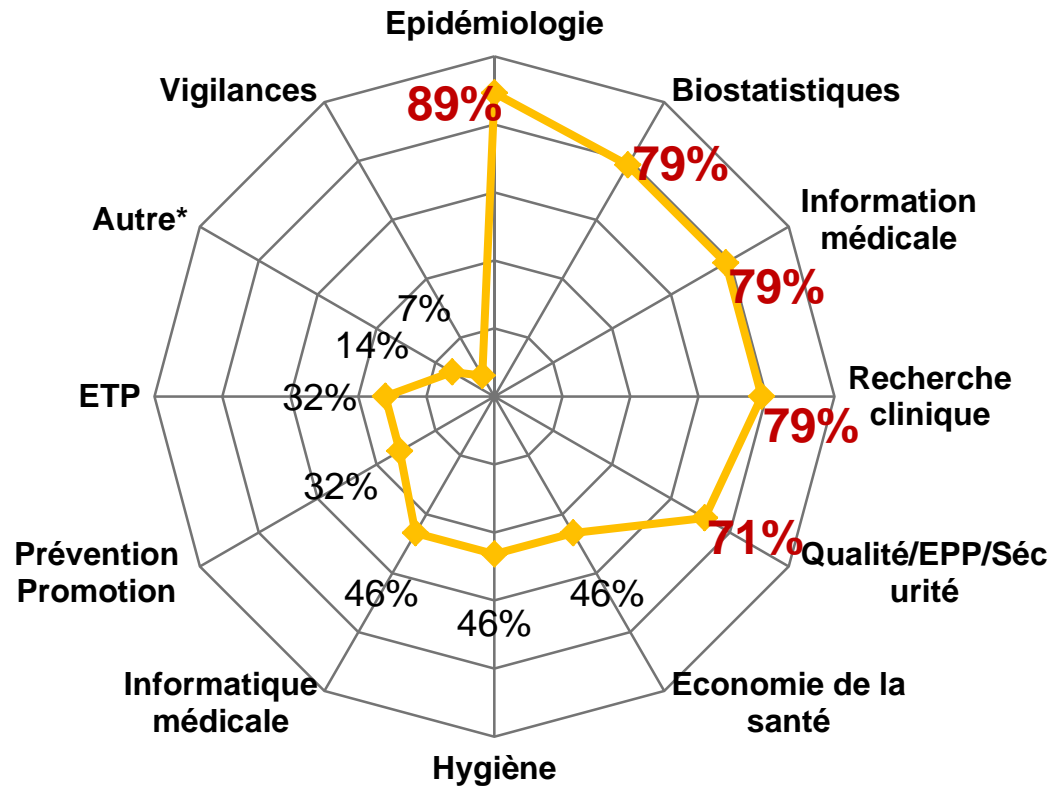


*Autre:

- **Hygiène (n=2)**
- *Maladies infectieuses*
- *COREVIH*
- *CCLIN*
- *PASS*
- *Prévention*
- *Soins de support*
- *Médecine chinoise*
- *Addictologie*
- *Médecine pour les sourds*
- *CRIAVS*
- *Santé sexuelle*
- *MPR - SSR*
- *Santé carcérale*
- *UHSI*

Quelles activités de santé publique dans ces 28 pôles ?

Activités de santé publique des pôles

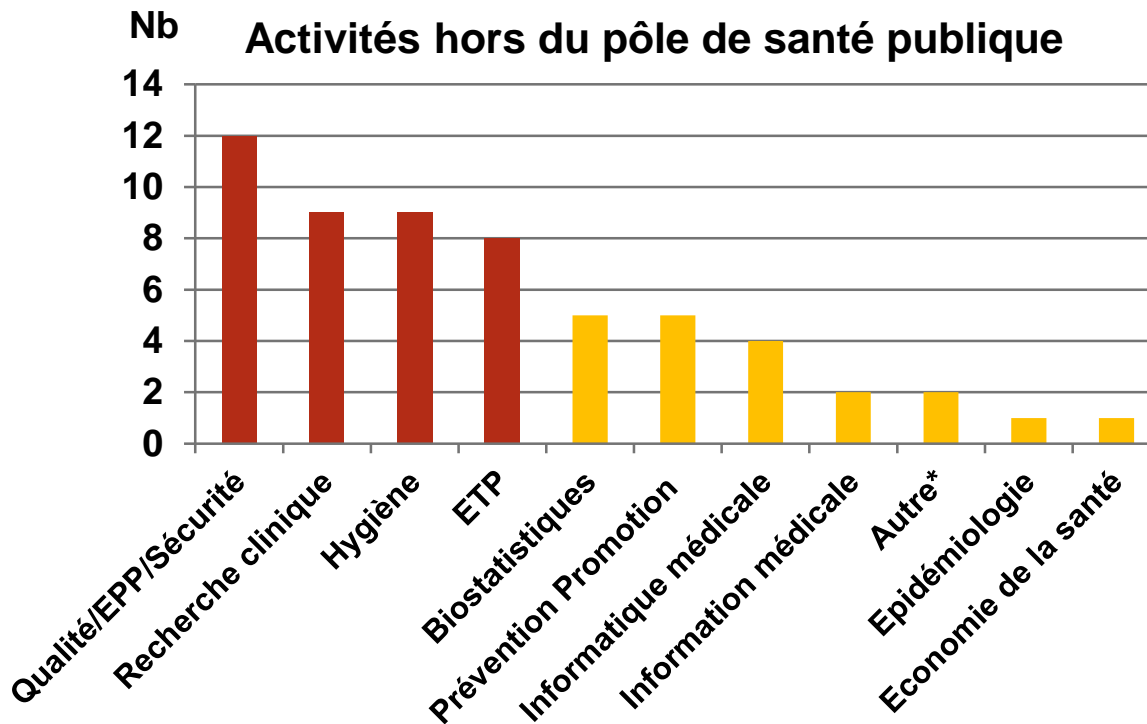


Autres :

- *Cpias*
- *Pharmaco-dépendance*
- *Technologie Santé*
- *Big Data*
- *Registre REIN,*
- *Politique d'archivage médical*

Quelles activités de santé publique HORS des 28 pôles ?

- **Activité hors pôle des CHU avec pôle de SP : 23 sur 28 (82%)**



***Autre**

- 3C
- EPS
- PASS
- Aide à la recherche clinique: CIC, CRC
- Addictologie

Structures accueillant les activités de SP hors pôle (n=33)

Epidémiologie (n=6) et Biostatistiques (n=9)

- **DRC >50%**
- Pôle médico- technique

Recherche clinique (n=12)

- Pôle médico-technique (n=6)
- **DRC (n=6)**

Information médicale (n=7)

- **Direction des finances**
- Activités ambulatoire
- Pas de rattachement
- Biologie-pathologie...

Informatique médicale (n=5)

- **DSI (n=2)**
- Pharmacie
- Imagerie
- Activités ambulatoires

Economie de la santé (n=3)

- DRC
- Pharmacie
- Biologie-pathologie

Qualité EPP/Sécurité des soins (n=15)

- **Direction de la Qualité Sécurité des Soins (n=10)**
- Pôle médico administratif

Hygiène (n=12)

- **Pôle biologie (n=11)**

Promotion/ prévention (n=6)

- **Pôle incluant les maladies infectieuses (n=3)**
- Pôles/Services clinique

Unité d'éducation thérapeutique (n=10)

- **Services cliniques (n=3)**
- **Pharmacie (n= 2)**
- Pas de rattachement
- Pôle médico administratif

Le pôle a-t-il déjà été remis en question ? (n=28)

○ Oui pour 9 établissements (30%)

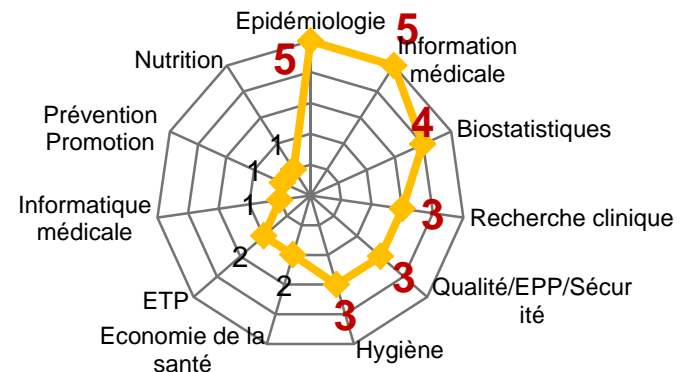
- **Disparition du pôle et réaffectation des activités dans d'autres pôles ou directions administratives (n=4)**
 - *« Rattachement du DIM à la direction des affaires financières partiellement réalisé, rattachement de l'évaluation médico-économique à la direction de la recherche clinique partiellement réalisé, suppression de la délégation qualité avec mise en place d'une direction qualité excessivement bureaucratique et incompétente »*
 - *Regroupement de l'unité d'évaluation avec la direction qualité*
 - *Il existait un pôle qualité, sécurité du patient et santé publique qui a été dissout et éclaté en 1 direction qualité (qualité, sécurité du patient, certification), le pôle laboratoire (hygiène), et 1 pôle structures de soutien à la recherche (comprenant DIM, unité d'évaluation (soutien à l'EPP), CIC-EC, et PARC pour la santé publique, CIC-P (thérapeutique), CIC-IT (imagerie), CRB (biologie), DRCI, DRI) aucun des 3 n'étant dirigé par un médecin de santé publique*
 - *Eclatement des différents services du pôle dans des pôles transversaux: pôle de biologie, pôle de radiologie, pharmacie »*
- **Regroupement des activités en un seul pôle de SP (n=2)**
- **Association du pôle de SP avec d'autres spécialités (n=1)**
 - *« Fédération au sein d'un pôle comprenant aussi la biologie et la pharmacie »*

Dans les 5 CHU sans pôle de santé publique...

- **Dissolution du pôle dans 2 cas sur 5** (en 2010 et en 2015)
- **Raisons expliquant l'absence de pôle**
 - **Histoire (n=2)**
 - «Partage des activités entre deux entités juridiques distinctes»
 - «Volonté d'indépendance de l'URC et des services de médecine légale et de santé au travail...Méconnaissance historique de l'apport de la santé publique hors DIM et appui à la recherche clinique»
 - **Absence de volonté politique (n=1)**
 - « Absence de volonté politique des différentes directions depuis plus de 10 ans. La direction actuelle semble plus favorable, les discussions concernant la création d'un Pôle ont débuté »
 - **Création d'un pôle recherche (n=1)**
 - « La nécessité de créer un pôle Recherche a vidé le précédent pôle Santé Publique d'une partie importante de ses actifs »
 - **Réduction du nombre de pôle (n=1)**
 - « Réduction du nombre de pôles ; le pôle santé publique étant le plus petit... Une tentative a été refaite fin 2017 à l'occasion d'une réorganisation avec un pôle santé publique incluant la pharmacie voire la gériatrie mais malheureusement s'est soldée par un échec»

○ **Activités de SP dans différents pôles**

Activités présentes sans pôle de SP



Quelles activités de SP ne sont pas sous la responsabilité d'un médecin de SP ? (n=33)

	Nb de CHU où l'activité est sous la responsabilité d'un NON MSP	Nb de CHU présentant cette activité	Part de l'activité sous la responsabilité d'un non MSP
ETP	11	19	58%
Qualité/EPP/Sécurité	14	27	52%
Prévention Promotion	5	14	36%
Recherche clinique	11	31	35%
Hygiène	8	24	33%
Information médicale	5	29	17%
Informatique médicale	2	18	11%
Biostatistiques	3	30	10%
Economie de la santé	1	16	6%
Epidémiologie	0	30	0%

Médecin de SP ayant une fonction de direction ou participant aux instances (n=33)

○ Fonction de direction : 5/33

- Direction de la Qualité (n=3)
- DRCI

○ Participation aux instances

	Effectif
Bureau de la CME	13
CHSCT	7
Directoire	7
Commission hospitalière des ressources	2
Conseil de direction	1
Conseil de surveillance	1
CTE	1
Autre*	9
Aucune	3

*Autres

- Commission scientifique (n=2)
- Commission recherche (n=2)
- Comité stratégique du GHT
- DPI et Données de Santé
- Commission des structures
- Commission informatique
- CLIN
- CRBSP

Structures extrahospitalières rattachées au pôle ou à un service de SP (n=33)

○ Structures extrahospitalières rattachées : 14/33 (45%)

- Registre des cancers (n=7)
- CPIAS (n=5)
- Réseau régional qualité des soins/GDR (n=2)

- COREVIH
- Réseau de soins périnataux
- PASS
- ORS
- Réseau sur la coagulation
- Aide méthodologique à la RC en soins palliatifs
- Axe prévention du GHT
- Service de santé universitaire
- Réseau inter-hospitalier hygiène
- Hygiène en médico social
- Prévention et éducation pour la santé
- Unité régionale d'épidémiologie hospitalière

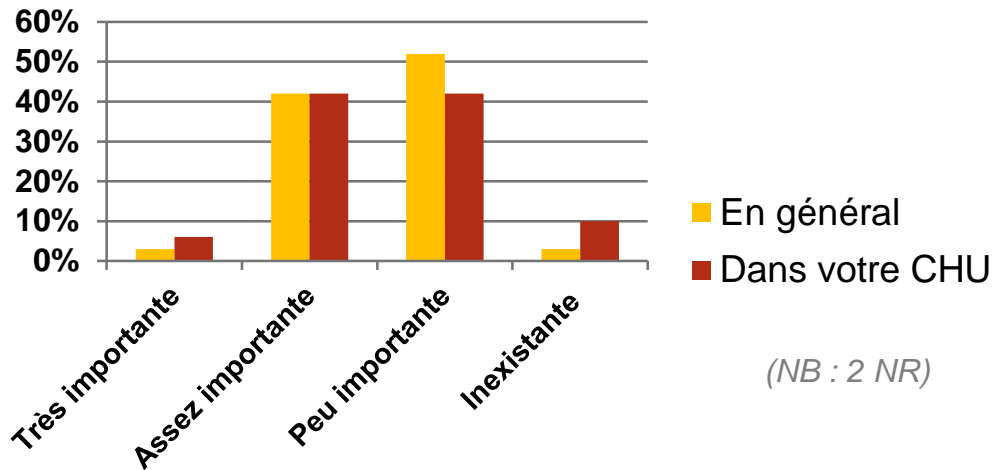


RÉSULTATS

2- PERSPECTIVES

Avis sur la place de la santé publique (n=33)

Place laissée aux services de SP



Avis des CHU sans pôle de SP ? (n=5)

- 100% souhaitent la création d'un pôle de santé publique

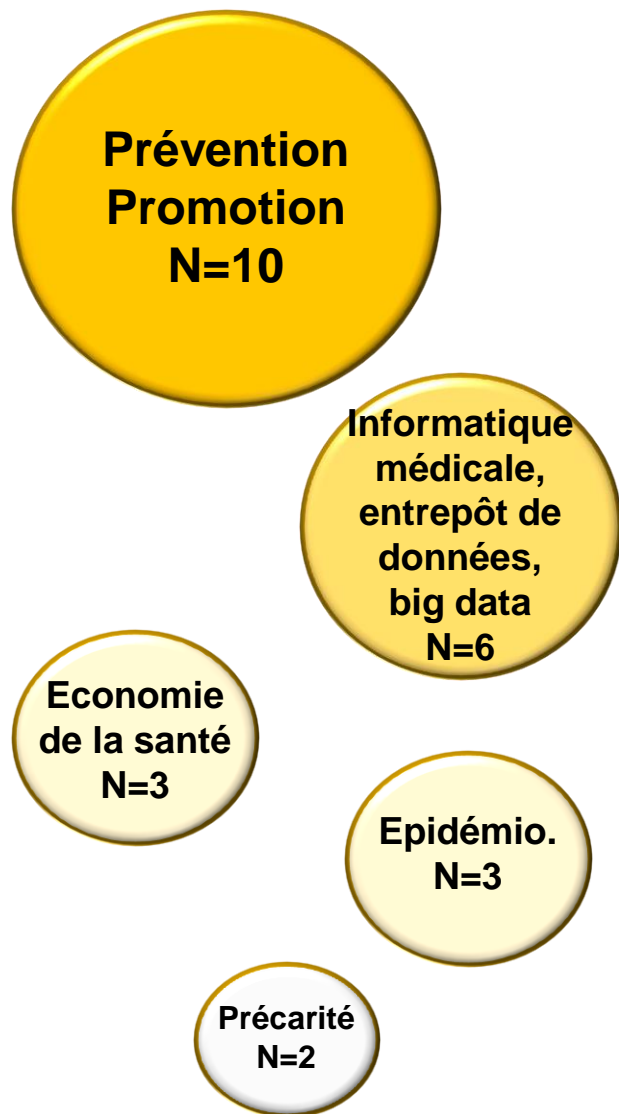
Avis sur les interactions avec les organisations extrahospitalières

- Inexistantes ou peu importantes : 58% (n=18)

Faut-il intégrer dans le pôle des activités de SP actuellement hors du pôle ? (n=23)

	Nombre de CHU ayant cette activité hors-pôle et souhaitant la rattacher au pôle (n=21)	Nombre de CHU ayant cette activité uniquement hors-pôle	% des CHU souhaitant rattacher au pôle cette activité si elle est hors-pôle
Biostatistiques	2	5	40%
Information médicale	1	2	50%
Recherche clinique	5	9	56%
Qualité/EPP/Sécurité	3	12	25%
Economie de la santé	0	1	0%
Hygiène	4	9	45%
Informatique médicale	2	4	50%
Prévention Promotion	5	5	100%
ETP	1	8	13%

Quelles sont les activités à développer ? (n=33)



Autres

- *Trajectoire de soins, expérience patients*
- *Fonctions support méthodologique du GHT*
- *Health Services System Research*
- *ETP*
- *Qualité/EPP/Sécurité*
- *Hygiène*

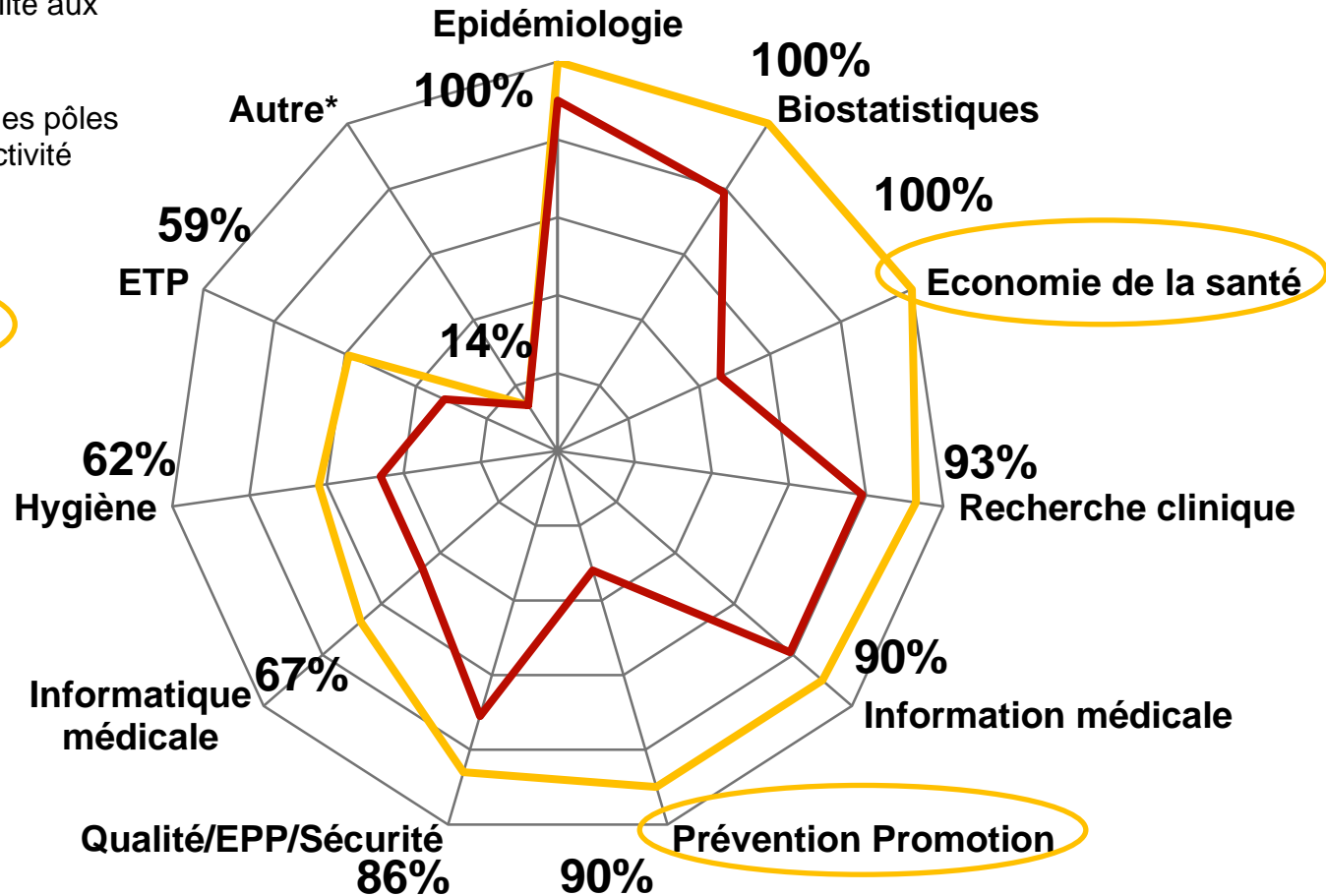
Quelles activités dans un pôle de SP « idéal » ?

Comparaison entre les activités déjà présentes au sein des pôles et celles d'un pôle idéal

— Proportion des CHU souhaitant intégrer cette spécialité aux pôle de SP

— Proportion des pôles intégrant l'activité

Activité peu ou pas développée



(NB: 4 NR)

Avenir de la santé publique hospitalière

Les points de vue positifs

- **Théoriquement un avenir formidable !**
 - **vus les enjeux actuels de la santé**
 - inflation des coûts, réorganisation des positionnements ville/hôpital, évaluation des innovations, ...
- **Rôle a jouer important**
 - car elle a une **vision systémique** de l'organisation des soins et de la gestion
 - car elle a des **compétences en analyse de données**
- **Opportunité de la mise en place des GHT**
 - **pour sortir de la logique hospitalière**
 - **permettre une réflexion plus transversale** sur l'organisation des soins en lien avec les DMG et les ETS du GHT et de la région
- **Meilleure visibilité de la discipline**
 - avec l'utilisation de plus en plus populaire des bases médico-administratives pour l'étude des parcours de soins
- En 20 ans la santé publique a acquis une **utilité hospitalière** qui est aujourd'hui **assez reconnue**
- **Position de la discipline de mieux en mieux établie**
- **Ambitueusement et de façon optimiste, la SP devra être présente sur le devant de la scène**
- **Je demeure enthousiaste !**

Les points de vue négatifs

- **Avenir plutôt sombre ! je suis un peu pessimiste...**
- **Discipline trop peu reconnue**
 - « Le terme est suffisamment galvaudé pour que tous les praticiens (de loin), mais surtout tous les directeurs (de près) se l'approprient, en méconnaissance totale des disciplines universitaires qui la portent »
 - « Regard plutôt "réservé" de la part de nos collègues cliniciens »
 - « Pb de la volonté récurrente des cliniciens et de la direction de vendre par appartement le Pole Santé Publique »
- **Dans un modèle T2A nous ne sommes pas une priorité**
- **Dépend de la sensibilité du DG et PCME**
 - « Relation avec les directions souvent conflictuelle par manque de vision, alors que nous devrions avoir beaucoup d'intérêts communs »
- **Place dans le pilotage trop rare**
 - « Référénts cliniciens élus de la CME ou cooptés qui n'ont pas d'expertise dans ce domaine ; nous sommes sollicités en seconde main sur des stratégies souvent non pertinentes »
 - « Manque de visibilité et de reconnaissance des missions qui sont souvent absorbées par d'autres spécialités ou directions. »
 - « Pessimiste, si l'hôpital ne fait pas l'effort de s'ouvrir sur la ville, et de penser à nous solliciter pour les projets »
- « Pb des GHT qui risquent de séparer le DIM du pole SP avec la création d'un DIM de GHT »
- « Etre vigilant sur le PMSI et l'informatique: ces 2 sous-domaines doivent rester dans notre spécialité. Pas simple! »
- « Des champs sont en cours de désinvestissement, je pense (hygiène notamment, promotion de la santé) »
- **La séparation en 2 sous-sections est à terme suicidaire pour notre spécialité, en tout cas illisible pour les collègues!**
- **Peu d'internes en formation** dans une spécialité peu reconnue et trop abstraite pour attirer les internes

Avenir de la santé publique hospitalière

Synthèse et propositions-1

Des enjeux d'avenir partagés

- **Prévention / Promotion de la santé** (service sanitaire ?)
- **GHT et ouverture vers la santé publique extrahospitalière**
- **SNDS et analyse des parcours de soins, Big data**
- Se centrer sur les fondamentaux (hygiène, qualité des soins, recherche clinique, biostatistiques)

Affirmer la place de la SP au niveau territorial

- **Créer des pôles de santé publique de territoire au sein des GHT**
- « *L'avenir passe-t-il par un rapprochement avec les ARS pour nous externaliser ?* »

Renforcer la place de la discipline au niveau local

- « **La SP devrait être portée par les universitaires des disciplines dédiées et regroupée au sein d'un unique pôle, dirigé par un médecin de santé publique, pour**
 - fédérer les forces et limiter les pertes d'énergie managériale
 - gagner la reconnaissance et la lisibilité légitime qu'elle peine à avoir »
- **Nommer des chefs de pôle leaders, affirmer la légitimité des médecins de SP dans les directions et chefferies des différentes activités**
 - Sinon d'autres métiers (économiste, biostatisticien, ingénieur qualité...) prendront la place des médecins
 - **Former les médecins de SP au management**
- **Partager avec d'autres disciplines certaines activités 'interdisciplinaires'**
 - « *Tout comportement monopoliste serait préjudiciable à la discipline* »

Avenir de la santé publique hospitalière

Synthèse et propositions-2

Mieux structurer la SP sur le versant universitaire

- « L'avenir (et la reconnaissance) de la santé publique dans un CHU est principalement lié à la **capacité des HU et H de santé publique à se fédérer et/ou à coopérer entre eux** en évitant le chacun pour soi. Bref c'est la question de l'identité de la santé publique, ce qui ne veut pas dire l'uniformité. »
- « Idéalement, il faudrait **une seule société savante** accueillant également les médecins en charge du PMSI. Une société savante unique et volumineuse nous rendraient plus visible. »

Communiquer et faire connaître la discipline

- « **Communiquer à l'échelon national** via les conférences de présidents de CME et de DG sur les compétences et les domaines de développement de notre discipline »
- « Bien qu'il ne soit pas possible de proposer un modèle d'organisation unique (les historiques locaux pèsent lourds), **proposer 2 ou 3 modèles-types d'organisation** (résultats de cette enquête ou de son complément) aux acteurs (nous et nos directions) pourraient être éclairant et constructif »

