



Pr P François
Président

Dr G Vidal-Trécan
*Vice-Présidente
enseignement*

Pr P Auquier
*Vice-Président
recherche*

Pr D Bertrand
*Vice-Président
hôpital*

Dr F Richard
Sécrétaire général

Dr F Chapuis
Trésorier

Compte-rendu de l'assemblée générale CUESP & CIMES du 18 octobre 2013 à Bordeaux

Thème : les missions hospitalières des médecins de santé
publique

La réunion a commencé par un mot de bienvenue des deux présidents du CUESP et du CIMES.

Patrice François, président du CUESP a rappelé que l'objectif de cette réunion était de faire le point sur le service rendu par nos équipes à l'hôpital pour défendre la notion de bi-appartenance et son utilité. Il souhaitait que cette réunion soit sur la dynamique d'une conquête de marché, d'une reconquête ou d'une préservation des activités hospitalières qui sont dans le champ de notre compétence. Ce travail servira de base à la rédaction d'un livre blanc sur les missions hospitalières des médecins de santé publique.

Le Jacques Bénichou, président du CIMES a rappelé que notre activité hospitalière était de 50% et que c'est par le biais de la reconnaissance de cette activité que l'on pouvait le plus souvent justifier de création et de renouvellement de postes.

Intervention des présidents de CNU (Pierre Lombrail, président du CNU 46.01 et Geneviève Chêne, présidente du CNU 46.04)

Intervention de Pierre Lombrail. : Pierre Lombrail, nous a conseillé de cesser de raisonner en termes de reconquête de territoire hospitalier et de nous intéresser à de nouvelles perspectives. Il existe des activités proches des nôtres dans les collectivités territoriales dans lesquelles nous sommes trop peu impliquées. Ces activités font l'objet d'enseignement et de recherche dans lesquelles nous ne sommes pas suffisamment investis. Cela pose en particulier la question d'élargir la formation de nos internes à de nouvelles activités tels que l'éducation de la santé et les interventions en population générale. Nous devrions raisonner en termes de système de santé. Nous devrions exister dans une politique de santé et l'accompagnement d'une politique de santé hospitalière et extra-hospitalière.

Intervention de Geneviève Chêne : G Chêne a indiqué que son avis rejoignait celui des intervenants précédents. Les présidents de CNU même s'ils ont à juger avant tout un parcours universitaire et de recherche donnent également leur avis sur la partie hospitalière des candidats. Le projet hospitalier des candidats est particulièrement regardé par les CHU qui nous demandent de justifier quel sera l'apport d'un candidat pour l'hôpital. G Chêne a également précisé qu'elle était entièrement d'accord sur l'ouverture générale de nos disciplines et qu'il faudrait effectivement s'ouvrir vers les collectivités

territoriales mais que ces collectivités territoriales ne savent même pas le plus souvent que nous existons et quels services nous pourrions leur apporter.

Présentation d'une étude : état des lieux des activités hospitalières de santé publique dans les CHRU. (Aurelie Gobet, ISP Bordeaux)

L'objectif de cette étude était de décrire l'organisation des activités de santé publique en termes de structure et de personnels au sein des CHU. L'étude a été réalisée entre le 3 juillet 2013 et le 30 septembre 2013. Sur quarante établissements, 32 ont participé à l'étude. Dans ces structures :

On recensait 388 médecins de santé publique ayant une activité hospitalière dont 191 (49.2%) avaient un statut hospitalo-universitaire

Les activités hospitalières de santé publique étaient décrites en 5 domaines :

- 1) Système d'information en santé, informatique médicale, e-santé
- 2) Recherche clinique, biostatistique, épidémiologie clinique
- 3) Epidémiologie, évaluation en santé, aide à la décision
- 4) Gestion de la qualité, des risques environnementaux, sécurité des soins
- 5) Education thérapeutique, prévention et promotion de la santé

Dans le domaine « information médicale » on dénombrait 128 médecins de santé publique soit 89,2% des praticiens impliqués dans cette activité.

L'épidémiologie clinique (soutien à la recherche clinique) était l'activité principale de 140 médecins de santé publique soit 80,2% des praticiens impliqués dans cette activité.

Parmi les 177 médecins dédiés au soutien méthodologique à la recherche clinique, 140 étaient des médecins de santé publique

Dans le secteur de la gestion qualité, le risque environnement la sécurité des soins, les médecins de santé publique représentaient 69% des praticiens impliqués. En hygiène hospitalière, 45.2% des médecins étaient des médecins de santé publique.

Un regroupement des activités de santé publique au sein d'une même structure était constaté dans 27 CHU : dans 16 CHU, au sein d'un pôle de santé publique ; dans 11 autres CHU, regroupement des activités de santé publique avec d'autres structures comme la médecine légale ou la pharmacie ; dans les 5 autres CHU, les activités de santé publique étaient dispersées au sein de plusieurs pôles.

Débat sur les activités hospitalières. Trois principales questions ont été débattues :

1) Faut-il nous regrouper pour être plus lisible ?

Notre discipline regroupe beaucoup de métiers différents. Elle dépend de deux CNU et deux collèges. Ces instances se rencontrent régulièrement au sein du P4 afin de se coordonner et de renforcer la lisibilité et la cohérence de leurs actions. Cependant, un débat s'est ouvert sur le fait de renforcer encore plus les liens entre nos deux disciplines. Dans l'ensemble, sans être pour la fusion des CNU ou des deux collèges, tout le monde était d'accord sur l'urgence de nous rapprocher et de regrouper nos forces. Cela nous permettrait de devenir incontournable en termes d'expertise et de constituer un groupe de pression et d'arriver à mieux faire valoir l'excellence de nos différents métiers.

2) Pourquoi défendre nos fonctions actuelles et vouloir investir de nouveaux territoires ?

Les CHU nous demandent de plus en plus de justifier en quoi notre activité leur est utile. Comme le montre l'enquête sur l'état des lieux des activités de santé publique des médecins travaillant en CHU, les activités que nous avons le plus

investi sont celles où il existe le plus d'incitations financières ou réglementaires. Justifier notre utilité hospitalière devient un vrai enjeu à l'occasion de création ou de renouvellement de postes. Il existe de plus la sensation d'avoir perdu le monopole de certains domaines tel l'hygiène hospitalière. En défendant nos fonctions actuelles ou en investissant de nouveaux domaines, on défend également les internes que nous formons.

3) Faut-il ouvrir notre activité vers l'extérieur ?

Constatant qu'une partie de plus en plus importante de la santé dans le futur se réalisera en dehors de l'hôpital, que certaines activités de santé publique (par exemple la prévention des risques ou la promotion de la santé) ne se joueront pas au niveau des CHU mais niveau des régions, que nos expertises pourraient être utiles pour évaluer les actions et participer aux réflexions menées par les ARS, à la mise en place de politique de santé au niveau territorial, que nous pourrions représenter un lien majeur entre le secteur extrahospitalier et le secteur hospitalier, certains d'entre nous ont insisté sur la nécessité de sortir du CHU. Cela pose un certain nombre de problèmes car le plus souvent ces collectivités territoriales ne connaissent ni nos existences ni notre savoir-faire et celui de la reconnaissance de cette activité par les CHU qui nous emploient.

Restitution des travaux des ateliers.

Atelier Recherche Clinique. (Sylvie Bastuji-Garin, Florence Richard).

Tous les métiers de la recherche clinique étaient représentés à travers nos différentes activités. En fonction des établissements, nous pouvons intervenir sur toute la chaîne de la recherche clinique. Les activités de recherche clinique à travers les MERRI, les SIGAPS, SIGREC et les réponses aux appels d'offre sont des activités stratégiques pour les CHRU. Enfin, notre activité devrait peut être également s'élargir au marché du soin, il pourrait être intéressant en particulier de se rapprocher des ARS.

Différentes possibilités d'évolution dans les 10 prochaines années ont été pointées en particulier : mégabases, bases -omiques, bases images, évaluation des dispositifs médicaux, utilisation des données de l'information médicale qui pourraient soutenir des essais ou des suivis de cohorte.

Le modèle économique de ce domaine d'activité est centré sur le financement des projets de recherche (appels d'offres de la DGOS) et sur les MERRI.

Atelier Informatique et information médicale (Catherine Duclos , Vianney Jouhet, Catherine Quantin, Frantz Thiessard)

Les enjeux de cette activité sont

- la production d'un dossier patient informatisé et des données du PMSI,
- la disponibilité des données de production avec l'enjeu sous-jacent de la qualité des données, de leur représentation, de leur ré-utilisation, de leur partage et de leur archivage
- l'analyse et l'exploitation des données médicales.

Le modèle économique sous-jacent de cette activité a pour objectif d'une part

- d'augmenter les recettes à travers la valorisation des séjours.
- D'aide au pilotage de l'établissement : meilleure adéquation recettes/coût au niveau des établissements ; repérage d'activités plus rentables ; utilisation plus juste des moyens (examens, prescription, blocs, ...) ; en optimisant la prise la charge des patients comme par exemple un parcours de soins.).

Atelier Gestion de la qualité et de la sécurité des soins. (Pascal Astagneau, Gwénaëlle Vidal-Trécan)

Ce domaine d'activité s'inscrit dans un contexte porteur :

- structurel (de par la législation et la réglementation)
- avec une demande institutionnelle forte et en constante évolution
- avec une demande forte de la population

Les champs d'activité de ce domaine sont nombreux, et intéressent le domaine de la formation, de la recherche et de l'appui aux structures régionales, ils intéressent tout le parcours de santé : hôpital, secteur médico-social, secteur ambulatoire, réseaux de santé et autres dispositifs du parcours de soins, prévention et de nombreux professionnels de santé. Il existe de nombreux liens avec les usagers du système de soins.

L'environnement dans laquelle s'intègrent ces activités est riche : la direction, les services médicaux et médico-techniques, les réseaux de santé publique (type CCLIN), les experts des risques (ingénieurs, médecins conseils des assurances), les agences (HAS, ARS, ANSM, IVS, ...).

Le modèle économique sous-jacent de cette activité est une limitation des dépenses inutiles (soins supplémentaires liés au AES par exemple, contentieux (prime d'assurance)), la production et l'amélioration des indicateurs. En effet à partir de 2014, une rémunération à la qualité sera mise en place à partir des résultats de la certification, des indicateurs IPAQSS et des tableaux de bord infection nosocomiale, ICATB.

Dans les perspectives de ces activités, il faudrait renforcer le positionnement des HU et des hospitaliers de santé publique dans la coordination de la qualité et de la gestion des risques, devenir le pivot des groupements régionaux de vigilances et évaluation en santé, développer la formation dans ces domaines.

Atelier autres missions et activités de santé publique. (Franck Chauvin)

Le contexte est celui d'une évolution actuelle sous l'empreinte du choc des maladies chroniques et du vieillissement de la population. Le système de santé orienté sur l'aigu dans son organisation actuelle n'est pas adapté à cette évolution.

Il va falloir prendre en compte les modifications de notre environnement et accompagner une évolution qui sera nécessaire pour l'hôpital à passer du modèle « producteurs de soins » à celui de « responsable de la santé sur le territoire (bassin, métropole, région, ...) », s'inscrire dans la stratégie nationale de santé en terme de développement de la prévention et de la promotion de la santé, de passage du financement aux séjours à celui du parcours de soins et investir la préparation de la future loi de santé publique.

Les champs d'intervention concernés par ces évolutions sont :

- les inégalités sociales (promotion de la santé comme moyen de réduire les inégalités de santé)
- l'analyse des trajectoires, gestion et piste de recherche (comparaisons nationales, internationales, ...)
- les coopérations territoriales (interhospitalières, interstructures, ...).

Pour mettre en oeuvre ces nouvelles missions, l'atelier recommandait :

- 1) d'inscrire ces missions dans une structure type « Haut Conseil Régional de Santé Publique » qui aurait des missions de conseils et d'expertise et rassemblerait des acteurs locaux et universitaires. Cette structure viendrait en appui à la CRSA, aux hôpitaux et aux acteurs locaux de la santé.
- 2) de créer un poste hospitalier/million d'habitants, ce poste localisé dans un pôle de santé publique permettrait de faire le lien avec les autres

missions de la santé publique universitaire. Il pourrait être financé par l'assurance maladie/collectivité locale (exemple des CLS).

3) d'engager dès maintenant un projet de recherche sur le modèle économique.

Intervention des représentants du CLISP pour présenter les résultats d'une enquête : Accessibilité des internes de santé publique aux Master 2

Cette enquête a été réalisée par des internes de santé publique (G Campagné, F Dugué, JM Goudet, N Kabore, M Lannes, J De Launay, E Lhomme, K Mensah). Parmi les 185 internes ayant répondu, 66% avaient validé un M2. Sur les 63 internes n'ayant pas validé un M2, 68% avaient pour projet d'en valider un dans les semestres à venir, 14% n'envisageaient pas de valider un M2, 13% ne pouvaient pas pour des raisons financières et 14% pour des raisons géographiques ou familiales. La plupart des internes ayant validé un M2 se sont inscrits alors qu'ils étaient en 3^{ème} (27%) ou 4^{ème} semestre (31%). Cinquante pour cent des M2 validés étaient des masters professionnels, 43% des masters recherche. Ces masters intéressaient le domaine de l'épidémiologie et de la recherche clinique dans 70% des cas et/ou des biostatistiques dans 37% des cas. Dans 76% des cas, aucune demande de financement spécifique n'était réalisée pour faire ce master. Sur 29 internes ayant fait une demande de financement, 55% l'ont obtenu. Dans 70% des cas, le master a été réalisé pendant les stages avec des horaires aménagés, 10% ont pris 6 mois de disponibilité non rémunérée, 6% un an de disponibilité non rémunérée, 10% un an de disponibilité rémunérée. Les internes étaient globalement satisfaits des facilités d'accès à un M2. Les résultats de cette enquête sont globalement positifs. L'un des facteurs limitant est la disponibilité des stages à horaires aménagés.