



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Place d'un service de santé publique au sein d'un Centre Hospitalier et Universitaire

Présenté par

Bernice Mesmer NSITOU

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département santé

Spécialité santé internationale

Le 01 Avril 2009

Devant le jury composé de :

Docteur Christian MESENGE Président

Directeur du Département Santé

Professeur Vincent LEROUX Examineur

Médecin de santé publique, Ecole Centrale Paris

Professeur Mohamed GAD Examineur

Maître de conférence, IGSR Alexandrie

Université Senghor – Opérateur direct de la Francophonie
1 Place Ahmed Orabi, BP 21111, 415 El Mancheya, Alexandrie, Egypte
www.usenghor-francophonie.org

Dédicaces

Je dédie ce travail ...

A la mémoire de celui qui était pour moi un père,

*Jean Charles **BALOU**, décédé pendant que j'étais en stage. Que sa mémoire soit honorée par ce travail.*

*A **Estina AKOKO**, ma fiancée et amie de tous les jours.*

Reçois ici l'expression de mon profond amour.

*A ma maman, **Marianne MBOUMBA-MPOUMOU** qui m'a toujours couvert d'amour et d'attention.*

Remerciements

Je remercie :

- Le professeur Marius FIESCHI, chef du service de santé publique et d'information médicale du CHU de la Timone de Marseille de m'avoir accueilli dans son service et aussi pour le temps qu'il m'a accordé, malgré ses multiples occupations, pour des entretiens qui étaient parfois longs. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.
- Le personnel du service de santé publique et d'information médicale du CHU de la Timone pour sa disponibilité et sa gentillesse à mon égard. Je pense particulièrement aux Docteurs Julien MANCINI, Jean GAUDART, Roch GIORGI, Jean Charles DUFOUR, Michel JOUBERT, Françoise VOLOT, Geneviève BOTTI, Marie Thérèse JIMENO.
- Je ne saurais oublier Mme Yasmina BACH BELHAOUANE secrétaire du Pr. FIESCHI qui m'a aidé pour toutes les formalités administratives.
- Le Docteur Christian MESENGE et Mme Alice MOUNIR respectivement directeur et assistante de direction du département santé pour leur accompagnement durant ces deux années de formation.
- Le professeur Fernand TEXIER, recteur de l'Université Senghor et tout le personnel pour tous les moyens mis à notre disposition.
- Tous les enseignants du département santé et particulièrement Mr Pascal GAREL pour ses orientations.
- Tous les amis de la promotion pour les différents échanges.
- Toute ma famille pour le soutien moral et financier.
- Patrick RAOUL et Emmanuelle, Gautier DAMBA et sa femme Presline, Josylaure et Jean-François, Thed GOMA, Ya Dada pour avoir rendu mon séjour en France agréable.

Résumé

La santé publique et l'hôpital sont souvent perçus comme opposés plutôt qu'inter reliés. Traditionnellement, ils ont évolué en parallèle avec peu d'interaction. La santé publique s'intéresse à des populations et met l'action sur la prévention, alors que l'hôpital, lieu de dispensation des soins curatifs, s'occupe de l'individu. Si dans certains pays comme la France, la tendance est au rapprochement, avec l'implantation des services de santé publique dans les hôpitaux, surtout universitaire, au Congo la cloison reste encore étanche entre les deux secteurs.

L'objectif de ce travail était de décrire l'activité d'un service de santé publique dans un CHU et de mener une réflexion sur la création d'un service de santé publique au CHU de Brazzaville.

Nous avons mené une analyse descriptive basée, d'une part sur une observation directe du service de santé publique du CHU de la Timone à Marseille au cours de la période allant du 5 mai au 30 juillet 2008 et d'autre part sur une revue de la littérature.

Il en ressort que les champs d'action d'un service de santé publique dans un hôpital sont très larges et diversifiés. Nous avons recensé : La gestion de l'information médicale qui est indispensable pour la mesure, la description, le suivi et l'évaluation de l'activité de l'hôpital et qui constitue un outil d'aide à la décision, de management, de planification et aussi de surveillance épidémiologique ; l'aide méthodologique à la recherche clinique et épidémiologique ; la formation tant initiale que continue sur la santé publique ; la démarche qualité ; la prévention et la promotion de la santé dans l'esprit de la charte de Budapest de l'OMS sur les hôpitaux promoteurs de la santé. Le service de santé publique du CHU devrait constituer une charnière entre l'hôpital et le reste du système de santé.

Les méthodes et l'expertise de la santé publique trouvent bien leur place dans un hôpital surtout universitaire. Une mise en synergie de la santé publique et du secteur hospitalier est nécessaire pour l'amélioration de la qualité des soins et de la santé de la population. Le CHU de Brazzaville devrait se doter d'un service de santé publique.

Mot-clefs

Santé publique, Centre Hospitalier et Universitaire, Brazzaville

Abstract

Public health and the hospital are often seen as opposing rather than inter-linked. Traditionally, they have evolved in parallel with little interaction. Public health focuses on populations and highlights the action on prevention, while the hospital, a place for curative care, focuses on the individual. While in some countries like France, the trend is towards the implementation of public health services in hospitals, in Congo, the barrier remains between the two sectors.

The aim of this study was to describe the activity of a public health service of a University Hospital and thinking about the creation of a public health department at the University Hospital of Brazzaville.

We conducted a descriptive analysis based on a review of literature and on a direct observation of the public health service of the University Hospital of la Timone in Marseille during the period from 5 May to 30 July 2008.

It was shown that the scope of a public health service in a hospital is very broad and diverse. We identified: The management of medical information that is essential for the measurement, description, monitoring and evaluating the work of the hospital and as a tool to aid decision-making, management, planning and epidemiological surveillance; the methodological research to clinical and epidemiological; training; quality assurance; prevention and health promotion. The Public Health service of the Teaching Hospital should be a link between the hospital and the rest of the health system.

The methods and the expertise of public health find their place in hospital, particularly a university hospital. A synergy of public health and hospital sector is necessary to improve the quality of care and population health. The University Hospital of Brazzaville should have a public health service.

Key-words

Public health, University hospital, Brazzaville

Liste des acronymes et abréviations utilisés

AP-HM	: Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
CCAM	: Classification Commune des Actes Médicaux
CHU	: Centre Hospitalier et Universitaire
CHUB	: Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville
CIM-10	: Classification Internationale des Maladies dixième version
CME	: Commission Médicale d’Etablissement
CSI	: Centre de Santé Intégré
CSS	: Circonscription Socio Sanitaire
DES	: Diplôme d’Etude Spécialisée
DSC	: Département de Santé Communautaire
GHM	: Groupe Homogène de Malade
GHS	: Groupe Homogène de Séjour
HAS	: Haute Autorité pour la Santé
OMS	: Organisation Mondiale pour la Santé
PMSI	: Programme de médicalisation des systèmes d’information
RSS	: Résumé standardisé de sortie
RUM	: Résumé d’unité médicale
SIH	: Système d’Information Hospitalier
SSPIM	Service de Santé Publique et d’Information Médicale

Table des matières

DEDICACES.....	I
REMERCIEMENTS	II
RESUME	III
ABSTRACT	IV
LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS UTILISES.....	V
TABLE DES MATIERES	VI
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	VIII
INTRODUCTION	1
1 CADRE THEORIQUE	4
1.1 La santé publique	4
1.1.1 Définition.....	4
1.1.2 Historique de la santé publique	5
1.1.3 Les missions de la santé publique	7
1.1.4 Les fonctions essentielles de la santé publique.....	10
1.1.5 Les métiers de la santé publique	11
1.2 Le centre hospitalier et universitaire	13
1.2.1 Définition et historique	13
1.2.2 Missions du CHU	14
2 METHODOLOGIE.....	16
2.1 Cadre et période d'étude.....	16
2.2 Recueil des informations	16
2.2.1 La revue documentaire	16
2.2.2 L'observation	17
2.2.3 Le questionnaire.....	17
2.2.4 Les entretiens	17
2.2.5 Consultation du site Internet du service	17
2.3 Analyse des résultats	17
2.4 Formulation de la proposition	18

3	RESULTATS.....	19
3.1	Organisation générale et ressources humaines du SSPIM.....	19
3.1.1	Organisation	19
3.1.2	La ressource humaine	19
3.2	Les activités du service.....	21
3.2.1	Gestion de l'information médicale	21
3.2.2	Aide méthodologique à la recherche clinique et épidémiologique	25
3.2.3	Démarche qualité.....	25
3.2.4	Informatique Médicale.....	26
3.2.5	Formation et recherche.....	26
4	DISCUSSION.....	28
5	PROPOSITION DE CREATION D'UN SERVICE DE SANTE PUBLIQUE AU CHU DE BRAZZAVILLE.....	33
5.1	Contexte général.....	33
5.1.1	Le système de santé congolais.....	33
5.1.2	Présentation du CHU de Brazzaville	34
5.2	Justification.....	35
5.3	Objectifs du service.....	36
5.3.1	Objectif général	36
5.3.2	Objectifs spécifiques	36
5.4	Les activités prioritaires.....	37
5.4.1	Mise en place d'un système d'information hospitalier et gestion de l'information médicale.....	37
5.4.2	Prévention et promotion de la santé.....	38
5.4.3	Redynamisation de l'activité de recherche	39
5.4.4	Mise en place et promotion de la démarche qualité	39
5.4.5	Ouvrir le CHUB sur le reste du système de santé	41
5.5	Les ressources	41
5.5.1	Ressources humaines	41
5.5.2	Ressources matérielles	42
5.5.3	Ressources financière	42
	CONCLUSION.....	43
	REFERENCES	44
	ANNEXES	I

Liste des tableaux et figures

Liste des figures

Figure 1: Répartition du personnel dans les différentes unités	19
Figure 2: circuit du traitement de l'information médicale	23

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des agents du SSPIM en fonction de la profession	20
Tableau II: Répartition des médecins en fonction du diplôme de santé publique	20
Tableau III: Comparaison hôpital de la santé et hôpital de la maladie	32
Tableau IV: Répartition des lits du CHUB en fonction des services	35

Introduction

La santé publique est une discipline dynamique dont l'objet est l'amélioration permanente de la santé des populations (Levy et al, 1995). Ces missions et ses champs d'action ont beaucoup évolué au cours du temps et en fonction des différents défis auxquels l'humanité a été confrontée. Au début du 19^{ème} siècle, la santé publique se referait à l'hygiène et à la lutte contre les maladies infectieuses. Elle était l'apanage d'un corps d'agents sanitaires, les hygiénistes, chargés d'appliquer des pratiques spécifiques et fonctionnant dans des structures propres de type bureaucratique et séparées de celles de la médecine curative (Desrosiers, 1996). Le virage épidémiologique, c'est-à-dire le passage des maladies infectieuses vers les maladies chroniques, telles que le cancer et les maladies cardiovasculaires, comme premières causes de mortalité et de morbidité dans les pays développés, a beaucoup fait évoluer les champs de la santé publique.

La santé publique est une discipline large qui intègre les notions de prévention, de promotion de la santé, d'appréciation du risque pour la santé, de mesure des pathologies, de définition de politiques publiques de santé, et d'organisation du système de santé. Elle concerne des populations, l'ensemble des citoyens et non pas seulement l'individu ou une personne malade, ce qui a amené certains à la qualifier de médecine des populations ou de médecine collective.

L'hôpital, terme qui renvoyait autrefois à l'hospitalité et au logement des pauvres et des malades (fonction sociale), a vu ses fonctions évoluer au cours de l'histoire. Soigner et si possible guérir les malades (fonction thérapeutique) et permettre aux professionnels de santé de se former sur le terrain (fonction pédagogique) sont entre autre ses principales fonctions. Depuis le milieu du XX^{ème} siècle, et avec les avancées considérables de la médecine, l'hôpital occupe une place importante dans le système de santé. Il consomme 50% de l'ensemble des dépenses de santé (McKee & Healy, 2000). Il est le lieu d'exercice de la médecine, de la médecine dite individuelle qui est centrée sur une approche par pathologie et organisée autour du malade.

Aujourd'hui, l'hôpital pose beaucoup de problème et est confronté à plusieurs contraintes. D'abord, de la part des patients qui exigent une information de plus en plus claire sur les soins qu'ils subissent et qui attendent des médecins et des personnels de santé en général, des prestations d'une très haute technicité, voulant toujours bénéficier des derniers progrès de la science. Ensuite, l'hôpital doit faire face à une demande de soins de plus en plus croissante due à la croissance de la population (surtout pour les pays du sud), à l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population (dans les pays développés). Enfin, il doit faire face à des types de maladies différents, les

maladies chroniques, qui nécessitent une prise en charge de plus en plus longue et coûteuse. Tout ceci a pour conséquence une augmentation des dépenses de santé. Ainsi, l'hôpital est confronté à deux problèmes majeurs que sont les coûts et la qualité (Durant, 1998). Au sein de l'arsenal des structures hospitalières, on trouve les centres hospitaliers et universitaires (CHU) qui sont encore plus budgétivores. Ce contexte particulier amène l'hôpital à repenser son organisation afin d'offrir aux patients une meilleure prise en charge à des coûts acceptables.

La santé publique et l'hôpital sont souvent mis en opposition et ont beaucoup évolué en parallèle. La santé publique étant considérée comme un domaine qui s'applique à des groupes, des communautés ou des populations et qui s'intéresse plus à la prévention. Alors que l'hôpital est perçu comme le lieu des soins surtout curatifs et de la médecine individuelle. Cette description a le défaut d'opposer la santé publique à la médecine de soins et d'extraire la thérapeutique de cette discipline. Une étude menée en France montre que un tiers des infirmiers hospitaliers pense que l'hôpital n'est pas un lieu pour l'exercice de la santé publique (Pommier et al, 2004). Jean de Kervasdoué rapporte qu'en France la santé publique semble toujours être à côté de la médecine, qu'elle semble relever d'une tout autre logique que celle des soins (de Kervasdoué, 2006). Même lorsque l'on admet la santé publique à l'hôpital, beaucoup d'hospitaliers et de soignants considèrent la santé publique comme une discipline rattachée à la direction (Bérard, 2007). La santé publique reste encore vue sous un angle administratif et étatique comme en témoigne la définition du Larousse 2000 : « ensemble des actions et prescriptions prises par l'administration et relatives à la protection de la santé des citoyens ».

En France, nonobstant cette apparente opposition entre santé publique et médecine, la santé est devenue une spécialité médicale à part entière et reconnue comme telle par l'ordre des médecins (Bourdillon et al, 2007). Les praticiens de santé publique n'évoluent pas seulement dans des structures administratives, mais aussi en milieu hospitalier notamment dans les CHU. La quasi-totalité des CHU dispose d'un service de santé publique (Spira, 2006).

Au Congo, en revanche, semble persister une cloison étanche entre la santé publique et le monde hospitalier. Au CHU de Brazzaville¹, comme dans les hôpitaux généraux, il n'existe pas un service de santé publique ou équivalent. Il n'y a pas de praticien hospitalier de santé publique, les enseignants de santé publique sont des universitaires purs ou viennent des administrations sanitaires.

Fort de tout ce qui précède, nous avons été amené à nous interroger sur ce que les outils et les moyens de la santé publique peuvent apporter à un CHU ou un hôpital en général, quelle peut être le rôle d'un service de santé publique au sein d'un CHU ?

¹ Unique CHU du pays.

C'est pour répondre à ses questions que nous avons voulu faire ce travail dont l'objectif général est de dégager la place d'un service de santé publique dans un CHU.

Nos objectifs spécifiques sont :

- Décrire l'activité d'un service de santé publique hospitalier
- Etudier l'intérêt de mettre en place un service de santé publique au CHU de Brazzaville

1 Cadre théorique

1.1 La santé publique

1.1.1 Définition

La santé publique, discipline dynamique dont le rôle et les fonctions ne cessent de grandir dans ce monde moderne, reste encore difficile à définir, car elle ne dispose pas encore d'une définition admise par tous (Colin, 2004 ; Bourdillon et al, 2007). Au cours des temps, plusieurs définitions, évolutives, ont été proposées. Winslow, professeur de santé publique, a proposé en 1920 une première définition: « La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie, et de promouvoir la bonne santé physique à travers l'organisation d'efforts communautaires en matière de qualité d'environnement, de contrôle des infections, d'éducation de chacun sur les principes d'hygiène, d'organisation d'un service médical et infirmier pour permettre le diagnostic précoce et le traitement préventif des maladies, ainsi qu'un développement de structures sociales qui assureront à tous un niveau de vie adéquat au maintien d'une bonne santé. » (Winslow, 1920). Cette définition a résisté à l'épreuve du temps, car reste encore très citée puisqu'elle a été reprise en grande partie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

L'Institut de santé publique du Québec définit, en 1997, la santé publique comme l'étude, d'une part, des déterminants physiques, psychosociaux et socioculturels de la santé de la population et, d'autre part, des actions en vue d'améliorer la santé des populations (Lecourt, 2004).

Alfred Spira, sans pourtant vraiment s'éloigner de cette définition, apporte un peu plus de détails en désignant le champ de la santé publique comme étant « l'ensemble des activités qui concourent à la description et la surveillance de la santé au niveau de la population, la connaissance des déterminants qui peuvent la modifier (qu'ils soient d'ordres biologique, social, environnemental, comportemental ou liés au fonctionnement du système de soins), la mise en place des interventions en santé au niveau collectif, l'évaluation de ces actions du point de vue épidémiologique, économique, sociologique, enfin les activités de gestion et de planification nécessaires, selon les résultats de ces évaluations, pour préserver ou améliorer l'état de santé de la population » (Spira, 2006).

Pour Bourdillon et ses collaborateurs, « la santé publique est un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de pratiques et de règles juridiques qui visent à connaître, à expliquer, à préserver, à protéger et à promouvoir l'état de santé des personnes » (Bourdillon et al, 2007).

La santé publique est donc une discipline dont l'objet est l'amélioration permanente de la santé des populations. La santé elle-même n'étant pas seulement l'absence de maladie mais un état d'équilibre entre l'individu et son milieu comme l'exprime la définition de l'OMS : « un état de complet bien-être physique, mental et social ».

Si le but de la santé publique se dégage clairement dans toutes ces définitions, à savoir l'amélioration de la santé des populations, les limites de ses domaines d'études, de recherche et d'intervention restent floues, car sont perpétuellement renouvelées en fonction des évolutions sanitaires et sociales. La santé publique repose, en effet, sur des connaissances venant de plusieurs disciplines à savoir : la médecine, l'épidémiologie, les biostatistiques et les sciences sociales, économiques, juridiques et humaines. Elle est donc multidisciplinaire. Cette multidisciplinarité est la base du concept de « nouvelle santé publique ».

En effet, cette expression, « nouvelle santé publique » a été introduite pour marquer une renaissance de la santé publique, son ouverture sur les autres disciplines. Elle souligne le rôle des systèmes sociaux, du partenariat multidisciplinaire et trans-sectoriel, de l'orientation positive de la santé, et pas simplement (comme l'« ancienne santé publique ») une orientation biologique où l'accent serait mis sur la prévention et le contrôle à partir d'une unique profession. La nouvelle santé publique repose sur une meilleure compréhension de la façon dont les styles de vie et les conditions de vie déterminent la santé. L'importance d'autres secteurs en dehors du secteur de la santé et la nécessité de mobiliser les ressources et les appuis politiques sont également soulignés (Rusch, 2003).

1.1.2 Historique de la santé publique

Même si l'on trouve déjà dans les sermons du Moyen-âge des préceptes concernant l'hygiène et les conduites vestimentaires, l'origine de la prévention et de l'organisation des systèmes de soins, au sens moderne du terme, remonte à la fin du 19^{ème} siècle.

Les épidémies ont, sans nul doute, forgé la santé publique car de tout temps, les autorités ont été amenées à prendre des mesures pour éviter leur propagation. Il fallait recenser les cas pour apprécier l'évolution des épidémies.

Le 19^{ème} siècle a été une époque charnière pour cette discipline. John Snow (1813-1858), considéré comme le père de l'épidémiologie descriptive, établit un lien de causalité entre l'eau de boisson et le cholera lors de l'épidémie de 1854 à Londres. Le Docteur Ignace Semmelweis (1818-1865), médecin hongrois, en comparant le taux de mortalité entre les salles d'accouchement tenues par les sages femmes et celles tenues par les médecins remarque une surmortalité dans les salles tenues

par les médecins. Il attribua cela au fait que les médecins passaient directement de la salle de dissection à la salle d'accouchement. Il découvre ainsi la notion de contamination et a été le premier à instituer le lavage des mains. Il est le précurseur de l'hygiène hospitalière. Pasteur (1822-1895) identifia les agents des pathologies infectieuses (objectivation microbienne) et établit les premières notions d'immunité acquise et de vaccination (Lecourt, 2004). C'est sous l'ère de Pasteur que l'on voit apparaître la notion de santé publique au sens du dépistage, de la vaccination et de l'organisation sanitaire des eaux usées dans les grandes villes. La santé publique a donc été à l'origine un système essentiellement conçu et structuré pour lutter contre les maladies infectieuses. Au plan conceptuel, il s'appuyait sur la théorie de l'étiologie spécifique voulant que chaque maladie soit causée par un agent et que pour la combattre, il faille s'attaquer systématiquement à cette cause. A partir d'un savoir propre fondé essentiellement sur la bactériologie et l'épidémiologie descriptive, il s'est constitué un corps d'agents sanitaires, les hygiénistes, chargés d'appliquer des pratiques spécifiques (Desrosiers, 1996).

Ainsi, en 1924, l'Office National d'Hygiène Sociale se développe en France, la Commission générale de propagande se crée. A cette époque, les maladies infectieuses et l'alcoolisme provoquent beaucoup d'absentéisme au travail et représentent donc, pour un pays en plein essor industriel, un problème économique majeur. En l'absence de médicaments efficaces, on a décidé de lutter contre la saleté et de promouvoir l'hygiène médicale et domestique.

En raison du taux d'illettrisme élevé chez les adultes à l'époque, l'éducation sanitaire va se faire à l'école. On comptait sur les enfants pour transmettre aux parents les informations sur la prévention contenues dans des leçons de morale sur les grands fléaux de l'époque : le manque d'hygiène, l'alcoolisme et la tuberculose.

A partir de la seconde guerre mondiale, les progrès sont très importants dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies infectieuses. Les techniques d'investigation corporelle sont plus rapides, en matière de microbiologie et d'imagerie médicale. Les traitements sont plus efficaces grâce aux antibiotiques et aux anti-inflammatoires. La société consacre beaucoup d'argent à la recherche scientifique et technique. La création de la sécurité Sociale, en 1945, permet progressivement à une majorité de français d'avoir accès aux soins. C'est l'apogée de la science médicale. On diffuse et on vulgarise les connaissances médicales. C'est à la même époque que l'on constate une certaine passivité des populations et une absence d'évolution des indicateurs de santé. Les taux de mortalité et de morbidité évoluent peu, les comportements non plus. L'alcool fait toujours des ravages considérables, en termes médicaux et sociaux.

C'est dans ce contexte que va apparaître l'éducation sanitaire. Ce sont les professionnels de santé qui s'en emparent et transmettent principalement des messages sur les conséquences des

comportements quotidiens, en termes de maladies. Cirrhoses du foie, poumons noircis, enfants blessés, constituent les images fortes de la prévention à cette époque. L'approche pédagogique est biomédicale, axée sur la transmission d'un savoir effrayant dont on présuppose qu'il fera changer les comportements individuels. Des campagnes d'information et de sensibilisation sont organisées, des affiches sont réalisées pour faire passer des messages. L'éducation de masse sur la santé prend son envol.

Vingt ans plus tard, dans les années soixante-dix, les campagnes de santé publique se sont multipliées, mais les analyses d'impact restent très prudentes. Certes, la mortalité périnatale a diminué, de même que les soins ont fait de grands progrès, le confort domestique s'est accru, entraînant aussi des conditions de vie plus favorables à l'hygiène, mais les comportements évoluent peu, les habitudes alimentaires demeurent les mêmes, les consommations d'alcool et de tabac ne font que croître, les accidents de la vie quotidienne et de la voie publique augmentent. Un relatif constat d'échec est fait quant à l'efficacité des campagnes de prévention. La société est confrontée à une nouvelle réalité, celle de la prédominance des maladies chroniques comme principales causes de mortalité et de morbidité.

Les professionnels de la santé, grâce aux approches participatives communautaires québécoises et grâce à la politique transdisciplinaire de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), commencent à travailler avec d'autres professionnels, notamment ceux du champ de l'éducation, de la sociologie et de la psychosociologie. Le constat est que la connaissance ne suffit pas à favoriser les changements de comportement et que la prise en compte des conditions de vie est un facteur déterminant. L'éducation à la santé va naître.

Dans les années 80, sous l'égide de l'OMS, le concept de promotion de la santé fait son apparition.

Les professionnels de la santé n'agissent plus seuls, un champ théorique s'est mis en mouvement, alliant la recherche en sciences sociales et la recherche médicale. Depuis, ce mouvement poursuit sa route.

1.1.3 Les missions de la santé publique

Les missions de la santé publique sont multiples et couvrent un large éventail d'interventions (Bourdillon et al, 2007 ; Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2003) :

La surveillance et l'analyse de l'état de santé des populations et des risques sanitaires

La santé publique contribue à la veille sanitaire, identifie les facteurs de risques, apprécie les risques pour la santé (santé et travail, santé et environnement).

La définition des politiques de santé

La santé publique contribue à l'élaboration des décisions de politique de santé : organisation du système de santé, réglementation sanitaire, accès aux soins, qualité des soins, évaluation... La santé publique intègre aussi les soins et la prise en charge thérapeutique, car il n'est pas possible de dissocier la prévention de la thérapeutique.

L'exercice des fonctions de police sanitaire relève également largement de la santé publique pour l'élaboration des règles et pour leur mise en œuvre. La santé publique contribue enfin à l'adaptation progressive des pratiques et des organisations des services et des professionnels de santé, au regard des évolutions épidémiologiques, sociales, techniques et politiques.

La promotion de la santé et la prévention

La santé publique vise à prévenir les maladies et à promouvoir la santé.

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyen de l'améliorer (OMS, charte d'Ottawa, 1986).

La prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé. C'est un concept potentiellement vaste, dont les limites ne font pas l'objet d'un consensus général (San Marco & Lamoureux, 2007). On distingue deux approches pour classifier les différents types de prévention.

Une première approche, classique, distingue trois phases en fonction du moment de l'intervention préventive par rapport à la survenue de la maladie :

- la prévention primaire intervient avant l'apparition de la maladie pour empêcher sa survenue ;
- la prévention secondaire est utilisée lorsque la survenue de la maladie n'a pu être empêché : elle vise à dépister le plus tôt possible la maladie afin de rendre le soin plus efficace car plus précoce ;

- La prévention tertiaire intervient après la survenue de la maladie et des soins : elle tend à réduire les conséquences néfastes de maladie.

On reproche cette classification d'avoir une connotation trop médicale, de se baser sur la maladie et non sur la santé de façon globale. C'est par rapport à la maladie que sont définies les modalités de la prévention, alors qu'en réalité, la prévention ne relève pas seulement d'une vision strictement médicale.

La deuxième approche, plus globale et plus récente, distingue dans la prévention trois sous-ensembles, selon la population cible de l'action de prévention et qui n'est pas exactement superposable aux trois champs décrits précédemment :

- la prévention universelle dirigée vers l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé ; elle tend à permettre, par l'instauration d'un environnement favorable, à chacun de maintenir, conserver ou améliorer sa santé ;
- la prévention orientée qui porte sur les sujets à risque et tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés ;
- la prévention ciblée, enfin, est appliquée aux malades pour les aider à gérer leur traitement pour améliorer le résultat.

La prévention universelle correspond à la notion de promotion de la santé, elle vise le sujet et s'appuie sur sa participation active. La prévention ciblée correspond à l'éducation thérapeutique des patients ; elle dépasse les limites de la prévention tertiaire et donne une place importante à la participation active du patient à son propre traitement.

La prévention vise aussi les professionnels de santé chez qui il s'agit de promouvoir les bonnes pratiques professionnelles.

La promotion de la recherche, de l'innovation et des débats

La santé publique vise à renouveler continuellement ses problématiques, à améliorer ses outils et méthodes, à remettre en question ses valeurs et ses pratiques en termes d'intervention, d'expertise ou d'aide à la décision publique. La santé publique est un champ de recherche multidisciplinaire qui applique les sciences biologiques et humaines à l'étude des phénomènes de santé dans la population (Frenk, 1992).

1.1.4 Les fonctions essentielles de la santé publique

En 1997, le conseil exécutif de l'OMS a recommandé de s'appuyer sur le concept des fonctions essentielles de santé publique afin de disposer d'un outil susceptible de rénover la politique de la santé pour tous en l'an 2000. Ces fonctions essentielles de santé publique ont été définies à partir d'une enquête Delphi auprès de 145 experts en santé publique de différentes nationalités. Neuf fonctions essentielles de santé publique ont été retenues (Bettcher et al, 1998 ; Pommier & Grimaud, 2007):

1. Prévention, surveillance et contrôle des maladies transmissibles et non transmissibles : prévention des risques, surveillance des maladies, maîtrise d'épidémies, vaccination.

2. Surveillance de la situation de la santé : évaluation des besoins et des risques de la population afin de déterminer quels sous-groupes ont besoin de services, évaluation de l'efficacité des programmes de promotion, prévention et soins, surveillance des déterminants de santé, surveillance de la morbidité et de la mortalité.

3. Promotion de la santé : promotion de la participation de la communauté à la santé, information, éducation à la santé et développement de compétence de vie à l'école, à la maison, au travail et dans la communauté, établissement et maintien des liens entre les décideurs, les politiques et autres secteurs et la communauté afin de plaider la cause de la promotion de la santé et de la santé publique.

4. Hygiène du travail : détermination des normes de sûreté professionnelle et de santé au travail.

5. Protection de l'environnement : contrôle de la qualité et de la sûreté des produits alimentaires, contrôle de vecteurs, protection de l'eau, de l'air et du sol. Lutte contre les pollutions y compris les risques de radiation. Prise en compte des enjeux environnementaux dans les politiques de développement, programmes et projets.

6. Législation et réglementation en santé publique : établissement de la législation de santé, des règlements et des procédures administratives, assurer une législation de protection de la santé environnementale, inspection et autorisation sanitaire, application de la législation sanitaire.

7. Planification et gestion en santé publique : gestion et planification de la politique sanitaire, utilisation des niveaux de preuves scientifiques dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé publique, maintien et amélioration de la qualité des services de santé, recherche en santé publique et analyse des systèmes de santé, coopération internationale en santé.

8. Services spécifiques de santé publique : missions de santé scolaire, missions de secours en cas de catastrophe, missions de laboratoire de santé publique.

9. Soins de santé pour les groupes les groupes vulnérables et populations à haut risque : santé de la mère et de l'enfant et planning familial, soins aux enfants en bas âge.

L'intégration des soins de santé individuels comme une fonction essentielle de la santé publique n'a pas fait l'objet d'un consensus.

1.1.5 Les métiers de la santé publique

La santé publique, du fait de ses fonctions multiples et variées, recouvre plusieurs professions, plusieurs sous ensembles dont le point commun est qu'ils s'intéressent à l'amélioration de la santé des populations.

En France, la santé publique est une discipline médicale à part entière ; sa reconnaissance comme telle par l'Ordre des médecins date du milieu des années 1990 (Bourdillon et al, 2007). Toutefois, bon nombre de professionnels de santé publique ne sont pas médecins et de nombreux médecins exercent des activités de santé publique sans pour autant avoir suivi le cursus universitaire permettant la reconnaissance de la discipline. La santé publique est ainsi une activité qui relève, d'une part, d'une spécialité médicale portant le même nom et, d'autre part, des fonctions et d'activités d'autres sciences et professions. La pratique de la santé publique ne peut se faire qu'en tenant compte de cette multidisciplinarité, car aucun effort d'amélioration de la santé des populations ne peut être efficace en se basant sur une seule profession (Gebbie, 1999).

Ainsi, on distingue plusieurs acteurs, plusieurs métiers en mutation ou en émergence. Certains métiers sont plus institués que d'autres, plus récents ou en devenir. Par contre, certaines fonctions de la santé publique peuvent être assurées en dehors des « métiers » de santé publique proprement dits (Alla et al, 2007).

Les professionnels de la santé publique :

Bourdillon et ses collaborateurs ont distingué quatre catégories de professionnels de santé publique (Bourdillon et al, 2007) :

1. Ceux dont la fonction est d'observer, de mesurer, d'analyser, d'expertiser

- Les épidémiologistes qui mènent des actions de surveillance sanitaire, mesurent les évolutions et identifient les liens de causalité et des facteurs de risque et évaluent les impacts des mesures prises ;
 - Les spécialistes de la sécurité sanitaire et des vigilances sanitaires ;
 - Les hygiénistes qui s'intéressent aux normes et aux pratiques contribuant au maintien de bonnes conditions d'environnement ;
 - Les spécialistes de l'environnement qui s'intéressent généralement aux conditions du milieu et à l'impact de l'environnement sur la santé ;
 - Les évaluateurs – chercheurs qui utilisent les outils statistiques pour la recherche clinique et l'appréciation de l'efficacité des programmes de santé ;
 - Les spécialistes de la santé publique dans les sciences humaines (sociologues, anthropologues, historiens...) qui mènent des recherches et apportent des éclairages sur les représentations, le vécu, les discours et les pratiques de la santé et de la maladie ;
2. Ceux dont la fonction est de préserver, de protéger et de promouvoir la santé :
- Les éducateurs de la santé qui contribuent à donner aux individus et aux groupes les moyens d'agir sur leur santé. Beaucoup d'autres professions contribuent à délivrer des messages sur la santé, au premier rang desquels les journalistes, les enseignants et bien entendu les familles qui, tout en ne relevant bien sûr pas des métiers de la santé publique, jouent un rôle éducatif majeur ;
 - Les professionnels de santé qui assurent la prise en charge sanitaire de la population dans les établissements de santé, en médecine de ville ou dans les autres structures ayant une mission sanitaire ;
3. Ceux dont la fonction est d'organiser et de piloter les organismes, les institutions et les services du système de santé :
- Les économistes de la santé, tant dans les structures de santé que de l'assurance maladie, qui aident aux choix politiques et à la bonne gestion du système de santé ;
 - Les gestionnaires de santé qui accompagnent le dispositif, développent la réglementation, contrôlent son application, impulsent les changements et planifient ;
 - Les spécialistes de la qualité en santé qui élaborent et diffusent des recommandations médicales et professionnelles et évaluent les pratiques et l'organisation des soins ;
 - Les responsables politiques qui définissent les orientations du système de santé et planifient les évolutions ;

4. Ceux qui contribuent et participent aux débats publics sur les questions de santé.

Dans ce groupe on retrouve des professionnels de santé publique proprement dits cités ci-dessus qui interviennent comme des experts et des décideurs mais aussi des groupes qui, même si ne sont pas dans les métiers de santé publique comme telle, interviennent dans les questions relevant de la santé publique. On peut citer les journalistes, les représentants des citoyens et des malades (association des usagers). Ces derniers sont reconnus en France, par la loi Kouchner du 4 mars 2002 comme des acteurs à part entière de la santé publique.

Lieux d'exercice des professionnels de la santé publique :

En France, les professionnels de la santé publique exercent dans diverses institutions :

- Les cadres administratifs et les gestionnaires spécialisés dans la santé publique travaillent pour la plus part au ministère de la santé, dans les agences sanitaires (Institut de veille sanitaire [InVS], agence française de la sécurité sanitaire des aliments [AFSSA], institut nationale de prévention et d'éducation pour la santé [INPES], agence française de la sécurité sanitaire de l'environnement et du travail [AFSSET], agence française de la sécurité sanitaire des produits de santé [AFSSAPS], haute autorité de santé [HAS]...), dans les services déconcentrés de l'Etat, les collectivités territoriales, les services de l'assurance maladie et, enfin, les hôpitaux où ils s'occupent de la qualité des soins, de l'évaluation médicale et des aspects médico – économiques.

- Les épidémiologistes, les chargés d'études, en santé publique ou en sciences sociales, les enseignants et les chercheurs travaillent dans les organismes de recherche dont l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), d'enseignement, les agences sanitaires notamment pour la veille sanitaire et aussi dans les hôpitaux universitaires.

- Les acteurs de la prévention, les hygiénistes interviennent à tous les niveaux : central, départemental, collectivités territoriales, dans les hôpitaux et les réseaux de santé (éducation thérapeutique), dans les écoles (médecine scolaire)...

1.2 Le centre hospitalier et universitaire

1.2.1 Définition et historique

Un centre hospitalier et universitaire est une structure spécifique qui réunit, à travers une convention, deux entités : un hôpital général et une université à travers sa faculté de médecine. Il est

donc la fusion des prérogatives de l'un et de l'autre. L'hôpital dont la mission est de soigner est indispensable à la formation des médecins et à la recherche clinique. L'université est chargée de l'enseignement et de la recherche.

Les CHU sont nés, en France, de l'ordonnance du 30 décembre 1958. Ce texte, relatif à la création des CHU, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale et qui lie étroitement les missions de l'hôpital et de l'université, visait à donner un nouvel essor et à moderniser la médecine française qui venait de sortir de la deuxième guerre mondiale.

Les CHU ont assuré pendant plusieurs décennies le rayonnement de la médecine française. Ce modèle a été adopté par la majorité des pays d'Afrique francophone. Il est largement reconnu et même envié par plusieurs pays (Giraud, 2006).

1.2.2 Missions du CHU

On reconnaît au CHU trois missions fondamentales : missions de soins, d'enseignement et de recherche (Levine, 1998). A ces trois missions on ajoute une mission de santé publique souvent négligée.

Une mission de soins

Le CHU assure deux types de soins. D'abord, des soins de recours et de référence. En effet, le CHU accueille les patients référés par d'autres établissements pour recevoir des soins plus spécialisés. Il est considéré comme le sommet de la pyramide sanitaire. Il dispense des soins innovants et de haute technicité avec du matériel de pointe. Ensuite, comme les autres hôpitaux, le CHU procure aussi des soins de proximité. Il reçoit les urgences et les patients qui y arrivent directement. Il assure la permanence des soins 24 heures sur 24 à la population de sa zone de couverture.

Une mission d'enseignement

Le CHU assure la formation pratique des étudiants en médecine, des médecins spécialistes et aussi des paramédicaux. L'implication du CHU dans la formation médicale est essentielle. C'est le lieu où s'effectue la formation clinique, au lit du malade, et le plus souvent sous le mode du compagnonnage. Le CHU assure aussi la formation continue des professionnels de santé. La qualité du système de santé est ainsi liée en grande partie au CHU puisque les professionnels, quel que soit leur mode ou leur lieu d'exercice, y sont presque exclusivement formés.

Une mission de recherche

Partie intégrante de la recherche médicale, la recherche clinique dont la finalité est l'amélioration de la qualité des soins fait partie intégrante des activités d'un CHU. Elle permet non seulement d'enrichir les connaissances universelles, mais aussi d'améliorer les méthodes et techniques permettant de mieux résoudre les problèmes de santé prioritaires du pays.

Une mission de santé publique

Le CHU, renfermant la plupart des spécialistes du pays, devrait participer de façon active à la conception et la mise en œuvre des grands programmes de lutte contre la maladie, ainsi qu'à la supervision technique des formations publiques périphériques et de moindre capacité (Balique, 2004).

Le CHU devrait participer à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation sanitaire des patients accueillis, des visiteurs, et aux campagnes collectives d'information du grand public par des actions coordonnées avec le réseau associatif (sida, toxicomanie, lutte contre le tabagisme, risques cardio-vasculaires, médecine sociale et humanitaire...).

En France, la loi hospitalière du 31 juillet 1991 confie aux établissements de soins (les CHU y sont inclus) la mission de participer à des actions d'éducation pour la santé et de prévention (San Marco & Lamoureux, 2007).

2 Méthodologie

2.1 Cadre et période d'étude

Ce travail a été réalisé pendant notre stage de mise en situation professionnelle réalisé dans le service de santé publique et d'information médicale (SSPIM) du CHU de la Timone à Marseille en France du 05 mai au 30 juillet 2008.

Le CHU de la Timone est l'un des quatre hôpitaux qui constituent l'assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM). Il regroupe un hôpital d'enfants et un hôpital d'adultes. Il est considéré par son activité, son équipement de pointe et ses moyens humains comme le troisième hôpital européen. Il est aussi l'un des plus grands employeurs de sa région avec 880 médecins et 4217 personnels non médicaux pour 1133 lits et places.

Le SSPIM, de sa dénomination originelle Département d'Information Médicale (DIM), a été créé en 1987 avec la mise en place du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui est un instrument de description et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Au fil des années il a vu son champ d'activité s'étendre sur d'autres domaines de la santé publique, ce qui lui a valu le changement de dénomination.

2.2 Recueil des informations

2.2.1 La revue documentaire

Notre travail a commencé par une recherche documentaire qui s'est étendue tout le long du stage. Il s'agissait pour nous de collecter des documents qui pouvaient nous apporter des informations sur notre sujet de recherche en générale et sur le fonctionnement du service. Nous avons consulté des rapports, des articles et des manuels de procédures, mis à notre disposition par le cadre de santé du service. La bibliothèque du service nous a aussi servi de cadre de recherche documentaire. Nous avons également fait des recherches sur Internet avec les moteurs de recherche Google, Yahoo et Altavista. La méthode de recherche documentaire utilisée a été de type « boule de neige », un article ou un ouvrage trouvé permettant d'en rechercher un autre à travers ses références bibliographiques.

2.2.2 L'observation

Durant cette période de stage, nous avons intégré les différentes unités du service, participé aux staffs et autres activités. Ceci nous a permis d'observer l'activité quotidienne du service et de noter tout élément pouvant nous permettre de mener notre analyse.

2.2.3 Le questionnaire

Nous avons aussi collecté certaines informations en utilisant un questionnaire que nous avons conçu et fait valider au préalable par le chef de service. Nous l'avons administré à tout le personnel du service qui, après avoir rempli, devrait nous la faire parvenir. Les informations recueillies sur ce questionnaire portaient sur :

- Le profil professionnel (profession, cursus, formation) ;
- Le secteur d'activité dans le service ;
- La description des projets ou tâches en cours ;
- Les outils informatiques utilisés ;
- Le volume horaire hebdomadaire ;
- L'activité de recherche et d'enseignement.

2.2.4 Les entretiens

Dans le but d'approfondir ou de préciser certaines informations, nous avons eu des entretiens directs avec certains agents du service. Nous avons aussi interviewé quelques personnes ne travaillant pas dans le service, mais qui avait consulté le service (internes et autres étudiants en fin de formation, cliniciens, secrétaires d'autres services et administratifs).

2.2.5 Consultation du site Internet du service

Nous avons aussi exploité les informations contenues sur le site Internet du service.

2.3 Analyse des résultats

Les informations recueillies par la fiche d'enquête ont été enregistrées et analysées à l'aide du logiciel Epi info version 3.5.1. Le reste des informations a été analysé manuellement

2.4 Formulation de la proposition

A partir des résultats du travail descriptif, et en se basant sur des données de la littérature, nous avons formulé une proposition de création d'un service de santé publique au CHU de Brazzaville.

3 Résultats

3.1 Organisation générale et ressources humaines du SSPIM

3.1.1 Organisation

Le SSPIM est un service qui est à l'interface entre l'administration de l'hôpital et les services médicaux. Il couvre l'hôpital enfant et l'hôpital adulte. Il fonctionne du lundi au vendredi de 8 heures 30 minutes à 17 heures. Il est divisé en trois unités :

- Une unité de gestion de l'information médicale
- Une unité de biostatistique et de méthodologie de la recherche
- Une unité d'informatique médicale

Le SSPIM travaille en collaboration avec les autres services de l'hôpital qu'ils soient cliniques, médico – techniques ou administratifs (direction de l'hôpital, Commission Médicale d'Etablissement)

3.1.2 La ressource humaine

Dirigée par un médecin, professeur de santé publique, praticien hospitalier et universitaire, le SSPIM est constitué d'une équipe multidisciplinaire de 23 personnes réparties dans les différentes unités (figure 1). Nous n'avons pu rencontrer que 18 d'entre eux. Les différentes professions retrouvées sont représentées dans le tableau I :

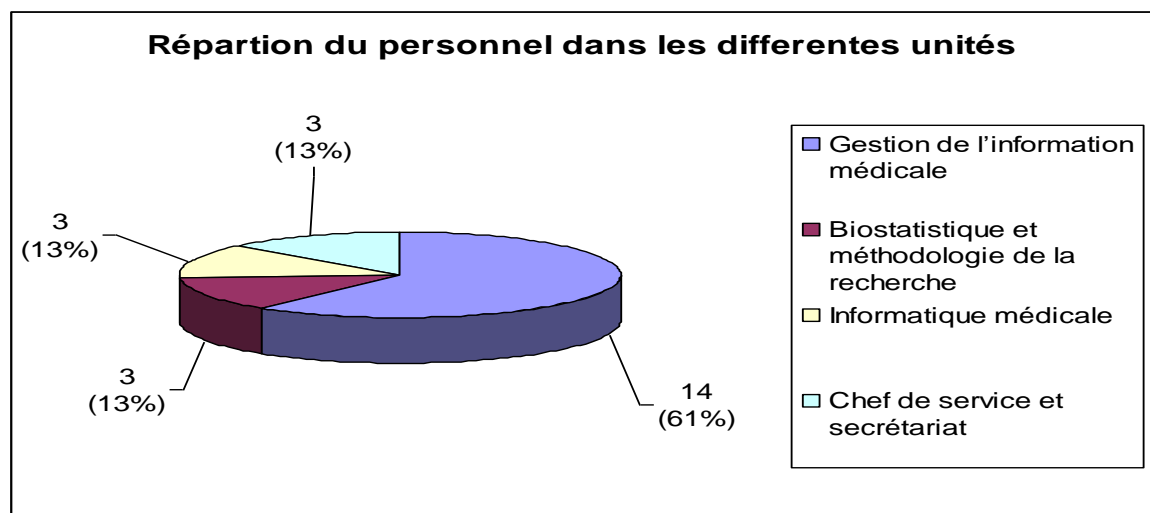


Figure 1: Répartition du personnel dans les différentes unités

Tableau I: Répartition des agents du SSPIM en fonction de la profession

Profession	Effectif
Médecin	8
Informaticien	2
Cadre supérieur de santé	1
Infirmier	1
Secrétaire médicale	6
Total	18

Tous les médecins interrogés possédaient au moins un diplôme de troisième cycle dans une branche de la santé publique (tableau II)

Tableau II: Répartition des médecins en fonction du diplôme de santé publique

Diplôme	Effectif
DES* de santé publique et médecine sociale	4
Thèse d'université	
Epidémiologie	1
Biostatistique	2
Informatique médicale	3
Master/DESS information médicale	2

L'un des informaticiens est titulaire d'une thèse d'informatique médicale et est maître de conférence d'université. L'autre est technicien supérieur.

Les secrétaires médicales ont été formées à la gestion de l'information médicale.

Le volume horaire de travail hebdomadaire du personnel était de 33,7 heures en moyenne avec des extrêmes allant de 18 à 40 heures.

* Diplôme d'Etude Spécialisée

3.2 Les activités du service

3.2.1 Gestion de l'information médicale

C'est l'activité la plus importante en terme de mobilisation de la ressource humaine. Plus de la moitié du personnel (61%) travaille à cette tâche. Cette activité entre dans le cadre du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et de la tarification à l'activité.

Le PMSI est un instrument de description et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. La tarification à l'activité est une nouvelle réglementation qui permet une affectation de ressources aux hôpitaux en fonction de leur activité. L'hôpital a donc une obligation de mettre en œuvre des moyens permettant le recueil, le traitement et la transmission des données médico économiques.

Le SSPIM intervient à toutes les étapes permettant de fournir des données de qualité, depuis le recueil, la circulation, le traitement et la transmission. Une fois traitée, cette information va être utilisée à plusieurs fins.

Circuit du traitement de l'information médicale (figure 2)

Recueil des données :

Tout séjour dans une unité médicale d'hospitalisation conduit à la production d'un résumé d'unité médicale (R.U.M.) par le médecin responsable du malade. Pour une hospitalisation un patient peut séjourner dans plusieurs unités médicales et donc faire l'objet de plusieurs R.U.M. Le R.U.M. contient des informations administratives (identifiant de l'unité, identifiant du malade, date de naissance, sexe, code postal du lieu de résidence, date et mode d'entrée, date et mode de sortie) et des informations médicales (diagnostic principal et, s'il y a lieu diagnostic relié, actes médicaux réalisés au cours du séjour...). Les diagnostics et les actes médicaux figurent dans le R.U.M sous forme codée. Les diagnostics sont codés selon la 10^{ème} version de la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10) et les actes médicaux selon la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Le recueil et le codage se font dans les services concernés par des techniciens de l'information médicale formés par le SSPIM. A ce niveau, le SSPIM intervient en apportant une assistance technique et méthodologique pour les codages, la production des R.U.M et leur transmission.

Traitement des données au niveau du SSPIM :

A partir des RUM provenant des services des cliniques, le SSPIM produit des résumés de sortie standardisés (RSS).

Le RSS est constitué de l'ensemble des RUM relatif au même séjour hospitalier d'un malade. Il comporte autant de RUM que le malade a fréquenté d'unités médicales pendant son séjour.

Si le malade n'a fréquenté qu'une seule unité médicale, le RSS équivaut au RUM. Au cas contraire le RSS est constitué par la suite des RUM ordonnés chronologiquement.

L'ensemble des RSS est classé, automatiquement à l'aide d'un logiciel groupeur, dans un groupe homogène de malade (GHM). Le GHM correspond à un groupe de malade ayant mobilisé des ressources relativement très proche. Le classement en GHM permet un classement exhaustif et unique : tout séjour est obligatoirement classé dans un GHM et dans un seul.

A chaque GHM on fait ensuite correspondre un groupe homologue de séjour (GHS) en y affectant un tarif opposable à l'assurance maladie obligatoire. Ces tarifs sont nationaux et publiés par arrêtés annuels. Le GHS désigne donc le coût du séjour. En général, chaque GHM correspond à un GHS en dehors de quelques exceptions (deux types) :

- Un séjour peut se voir affecter plusieurs GHS selon la lourdeur de la prise en charge : c'est le cas par exemple des soins palliatifs. Il existe un GHS de base qui peut être majoré de 30% si l'hospitalisation a eu lieu dans un lit identifié de soins palliatifs ou de 40% si elle a eu lieu dans une unité de soins palliatifs.
- Facturation de plusieurs GHS au cours d'un même séjour : exemple de la prise en charge du nouveau né dans une unité d'obstétrique en plus du GHS de la mère

A l'aide d'un logiciel, GenRSA, les RSS sont transformés en résumés de sortie anonymisés (RSA) pour garantir la confidentialité.

Contrôle de la qualité des données :

Les données recueillies font l'objet d'un contrôle de qualité et d'exhaustivité. Le SSPIM vérifie si les codages sont corrects, si tous les RUM portent bien un codage des diagnostics et/ou des actes. Il vérifie aussi si tous les malades admis à l'hôpital ont bien eu un RUM (exhaustivité) en faisant une confrontation avec les informations enregistrées aux admissions.

Confidentialité et sécurité des données :

Les données recueillies sont protégées par le secret professionnel. Le service, à travers une politique bien définie, est garant de la sécurité et de la confidentialité des données au cours de toutes les manipulations de ces informations : L'accès aux données nominatives est soumis à une autorisation préalable ; les bases de données nominatives sont sécurisées par des mots de passe ; les versions papiers nominatives sont détruites selon une procédure établie.

Transmission des données aux tutelles :

Les informations traitées et anonymisées sont transmises chaque mois aux organes de tutelles via Internet (Agence Régionale de l'Hospitalisation).

Restitution de l'information :

Une fois les informations traitées, le service met à la disposition de l'ensemble de la communauté médicale et de l'administration, une description de l'activité médicale et médico économique de l'hôpital par service à travers l'intranet. Des analyses à visée de gestion hospitalière ou d'épidémiologie sont réalisées à la demande de services médicaux ou de la direction de l'établissement ou encore la CME.

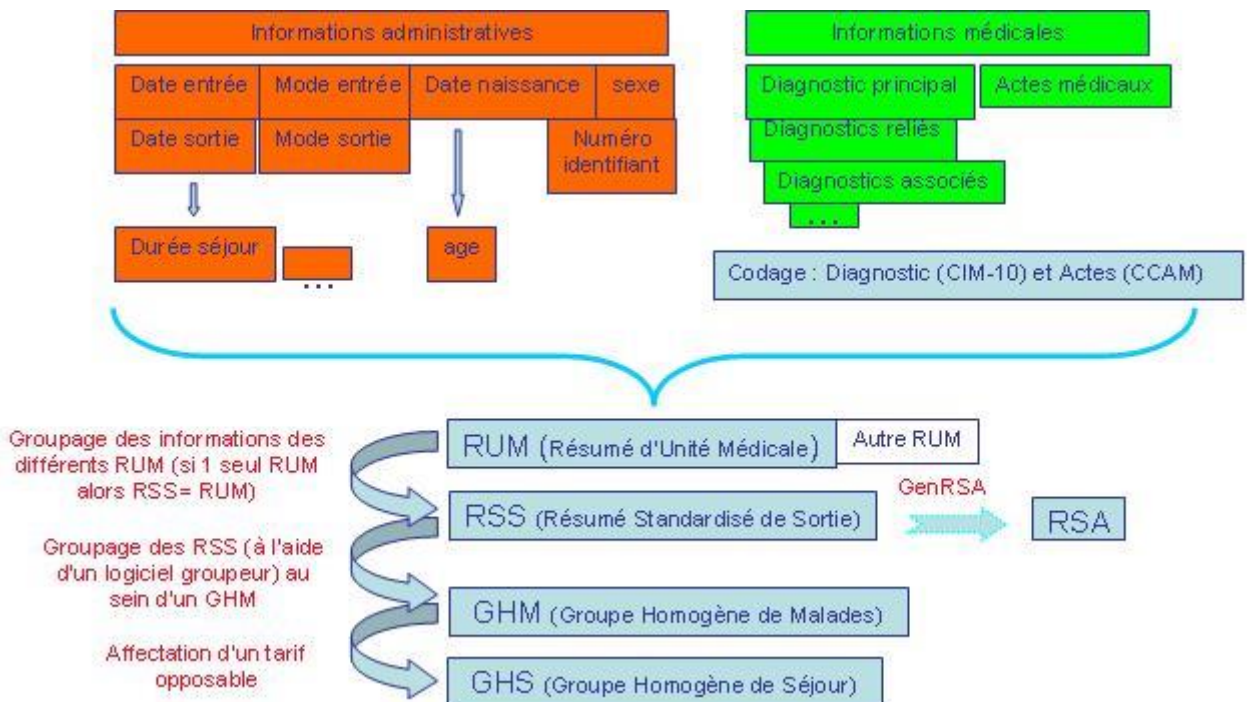


Figure 2: circuit du traitement de l'information médicale

Utilisation de ces informations

Ces informations vont être d'une utilité capitale pour l'hôpital, elles vont servir à :

L'allocation budgétaire de l'hôpital:

C'est à la base des ces données chiffrées que l'hôpital va recevoir sont financement. L'hôpital reçoit une somme correspondant à son activité, c'est la tarification à l'activité.

Evaluation de l'activité et aide à la décision

A partir des ces données, le SSPIM évalue l'activité des pôles et participe au projet de ceux-ci. Le SSPIM met à la disposition de l'administration de l'hôpital des indicateurs objectifs qui vont guider la prise de décision et donc améliorer sa politique managériale. Ces informations permettent aussi d'utiliser de façon rationnelle les ressources tant humaines que matérielles en restant efficace, donc d'être efficient.

Veille épidémiologique :

Les informations recueillies constituent un véritable outil de veille, de vigilance et de surveillance épidémiologique. Toute augmentation de la fréquence d'une pathologie peut être rapidement mise en évidence. Cette surveillance épidémiologique peut être à usage locale au sein de l'hôpital ou encore s'intégrer dans le cadre d'un réseau de surveillance régionale ou nationale.

En effet, le service constitue un pôle de surveillance pour plusieurs programmes. On peut citer, entre autre :

- La surveillance des cancers infantiles en France : le service fournit chaque année des données qui permettent d'alimenter le registre national des cancers de l'enfant.
- En matière de santé environnementale, le service participe à la surveillance de la qualité de l'air et de son impact sur la santé en fournissant des indicateurs de santé de la pollution (morbidité et admission hospitalière des pathologies liées à la pollution atmosphérique).
- Surveillance des infections nosocomiales ; cas de l'aspergillose (décrit dans le point informatique médicale).

3.2.2 Aide méthodologique à la recherche clinique et épidémiologique

Le SSPIM apporte aux cliniciens, internes et autres chercheurs de l'hôpital une assistance méthodologique pour la recherche clinique et épidémiologique, pour la réalisation d'études, de thèses ou de mémoires au sein de l'hôpital. Cette aide, ponctuelle ou suivie, peut être apportée à toutes les étapes de la recherche :

- Phase du projet de recherche : protocole, objectifs, plans d'analyse, questionnaires ;
- Mise en place de l'étude ;
- Analyse de l'étude : analyse statistique, rédaction médicale, discussion.

Durant notre période d'observation, le service est intervenu dans les travaux ci-après :

- Projet de recherche en soins infirmiers sur l'identification des stratégies d'adaptation des patients porteurs de plaie cancéreuse ;
- Etude de la survie des carcinomes épidermoïdes ORL du sujet jeune ;
- Impact d'un protocole de sédation en réanimation ;
- Surveillance des aspergilloses hospitalières ;
- Caractéristiques des voyageurs malades ;
- Apport de l'échocardiogramme 2D-Strain pour évaluer la fonction du ventricule droit chez les patients ayant une hypertension artérielle pulmonaire.

Ce soutien méthodologique à la recherche clinique permet à l'hôpital, à travers ses différentes équipes, de proposer des projets de recherche et de postuler à des financements dans le cadre de l'appel à projets national du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) ou encore d'autres appels d'offre.

Le service intervient aussi dans des études extra hospitalières comme l'évaluation d'un programme de dépistage du cancer du sein dans le département des Bouches-du-Rhône.

3.2.3 Démarche qualité

Le SSPIM réalise l'auto évaluation en particulier sur la qualité du système d'information et prépare l'évaluation externe. Le SSPIM apporte son appui méthodologique sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

3.2.4 Informatique Médicale

Le SSPIM, par son unité d'informatique médicale, travail dans la conception, le développement et la mise en œuvre du système d'information hospitalier (SIH). Le SIH étant un élément de base pour la gestion de l'information médicale. Le service a mis en place, entretient et alimente l'intranet hospitalier. Il a également mis en place une application de consultation et navigation pour la CCAM et la CIM-10. L'unité d'informatique médicale travaille aussi dans la mise en place de divers sous systèmes d'information hospitalier et leur exploitation. On peut citer :

- le registre de l'aspergillose.

C'est un registre de surveillance de l'aspergillose invasive généré par l'extraction des informations (cliniques, mycologiques, radiologiques...) nécessaires au diagnostic de l'aspergillose au niveau de divers sous système d'information, et ce, par la mise en cohésion et la confrontation de plusieurs bases de données de l'hôpital à savoir : la base de mycologie : formalisation des règles générant différentes basées sur les résultats d'examens ; la base PMSI : sélection des codes diagnostiques CIM-10 pertinents en rapport avec la pathologie ; la base anatomopathologique : exploitation des conclusions ; la base de la pharmacie : repérage des prescriptions d'antifongiques onéreux ; la base radiologique : exploitation des comptes rendus.

- Le PACS :

De l'anglais *Picture Archiving and Communication System*, le PACS est un système informatique qui permet l'archivage et la circulation de l'information radiologique (TDM, IRM, Angiographie, Radiologie Conventiennelle, Médecine Nucléaire, Echographie et Mammographie) depuis la demande de l'examen jusqu'à la mise à disposition du résultat. Les images radiologiques peuvent ainsi être mises à disposition des différents acteurs (radiologues et cliniciens) de façon simultanée, le plus rapidement possible et dans un réseaux de services au sein de l'hôpital et voire même dans un réseau de soins ville – hôpital.

3.2.5 Formation et recherche

Le service intervient dans la formation, tant initiale que continue des professionnels de santé. En formation initiale, le service est un lieu de formation et de stage pour les internes de santé publique, pour les étudiants en médecine et aussi pour d'autres étudiants dans le cadre du système LMD (Licence Master Docteur) dans les domaines de la santé publique et du traitement de l'information médicale.

La formation continue s'adresse au personnel de l'hôpital qu'il soit médical, paramédical ou administratif mais aussi pour des professionnels de santé évoluant hors de l'hôpital, et ce, dans le cadre des interactions hôpital – ville. Les thèmes d'intervention sont principalement les outils de traitement de l'information médicale, la méthodologie de la recherche et la bio statistique. Le cadre de santé et l'infirmier du service dispensent aux paramédicaux de l'hôpital des formations ponctuelles, à la demande des formations sur les outils informatiques. L'unité de biostatistique organise régulièrement des staffs de statistique.

En dehors de la formation au sein de l'hôpital, la moitié du personnel interrogé appartient au laboratoire d'enseignement et de recherche sur le traitement de l'information médicale (LERTIM) de la faculté de médecine de l'université de la méditerranée de Marseille et donc a une activité universitaire d'enseignement et /ou de recherche. Les domaines d'enseignement couvrent l'épidémiologie, la bio statistique, la recherche clinique, la lecture critique d'articles scientifiques, l'informatique médicale, les systèmes d'information, la gestion des bases des données, la terminologie en santé, les référentiels de codage, la recherche documentaire, l'initiation aux nouvelles technologies de l'information et de la communication etc. Ces enseignements sont dispensés soit dans le cursus des études médicales soit dans d'autres cursus du système LMD ou des diplômes d'université (DU) ou interuniversitaire (DIU).

Le nombre d'heures de cours dispensé par personne pour l'année académique 2007-2008 était en moyenne de 103 heures avec des extrémités allant de 30 à 200 heures.

L'activité de recherche, qui concerne 40% des personnes interrogées, couvre, entre autre, les domaines ci après :

- Aide à la décision médicale
- Epidémiologie psychosociale des cancers
- Biostatistique et analyses de la survie des cancers
- Systèmes d'information
- Statistique spatiale et spatio-temporelle, modélisation des épidémies
- Serveur et terminologie de santé, indexation et recherche d'information

4 Discussion

Cette étude descriptive basée sur une observation directe de l'expérience d'un service, nous a permis de mettre en lumière l'activité que peut avoir un service de santé publique dans un hôpital universitaire.

Il se dégage de ce travail que l'agenda d'un service de santé publique dans un CHU est très chargé. La place d'un service de santé publique dans un CHU, bien que souvent ignorée même par certains professionnels de la santé même hospitalier (Pommier et al, 2004 ; Bérard, 2007), est très grande. Ses champs d'intervention possible sont très larges. L'effectif du personnel du SSPIM de la Timone (23 personnes) peut déjà témoigner de l'étendue des tâches qui lui incombent. Presque toutes les missions de la santé publique telle que énoncée dans le chapitre cadre théorique de notre travail, peuvent s'exécuter dans un CHU. Les moyens et les outils de la santé publique trouvent bien des champs d'application dans un CHU et en général dans un hôpital. Santé publique à l'hôpital n'est donc pas un oxymore, mais une approche qui contribue à l'amélioration de la qualité des soins et de la santé d'une population (Wright, 2002).

Cette activité de santé publique au CHU nécessite du personnel bien formé dans différents domaines de la santé publique, du personnel multidisciplinaire (médical, paramédical et technique). Le niveau scientifique du personnel du SSPIM est élevé, comme en témoigne le nombre de thèse d'université. Ceci est un atout pour la recherche au sein de l'hôpital.

L'une des missions de la santé publique est l'organisation des systèmes de santé. L'hôpital faisant partie du système de santé, le service de santé publique y apporte donc un accompagnement dans la logistique, l'organisation et la gestion.

Parlant de la santé publique, J. Frenk disait qu'elle comprend des efforts systématiques faits pour identifier les besoins de santé et pour organiser l'ensemble des services pour une communauté (Frenk, 1992). Au sein de l'hôpital aussi on a besoin d'identifier les besoins de la population qui le fréquente et organiser les différents services en fonction de ces besoins. Ceci implique donc d'avoir à l'hôpital un service qui gère l'information médico administrative requise pour caractériser l'état de santé des usagers et remonter l'information pour la mobilisation des ressources nécessaires pour répondre à cet état. La gestion de l'information médicale issue du système d'information hospitalier (SIH) est donc une activité importante. Au SSPIM c'est elle qui mobilise le plus grand nombre d'agent.

Le SIH est un système informatique destiné à faciliter la gestion de l'ensemble des informations médicales et administratives de l'hôpital. Le SIH est ainsi un élément de base qui sous tend la bonne marche de l'hôpital, l'information étant un élément important en santé publique, car oriente la prise de décision (Cecchi, 2008) et donc contribue à l'amélioration de la prise en charge des patients. Le service de santé publique, ayant à charge la collecte, le traitement et la diffusion de l'information médicale, se trouve à la charnière entre le pouvoir administratif et le pouvoir médical. Pour les gestionnaires de l'hôpital (directeur générale et CME), il constitue un outil indispensable surtout avec les nouvelles réformes hospitalières, en France, notamment sur le financement et la gouvernance. Ces deux réformes comprises dans le plan Hôpital 2007 (Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, 2005) imposent aux établissements d'être exhaustifs dans des délais de plus en plus courts et de produire des données de qualité essentielle pour leur financement (principe de la tarification à l'activité). Le service de santé publique est consulté pour faire des analyses qualitatives et quantitatives de l'activité de l'hôpital. Ses éclairages sont incontournables pour l'élaboration du budget, lors des discussions budgétaires avec les pôles ou les services, dans l'élaboration et le suivi des tableaux de bord car, il maîtrise l'activité et les recettes de la structure et peut faire des prévisions à partir de toutes des données recueillies. Le service de santé publique met donc à la disposition des gestionnaires des outils indispensables pour le management hospitalier. L'importance du codage et de l'anonymisation des informations est capitale car, vis-à-vis de l'administration, les médecins sont tenus au secret médical d'où l'intérêt d'avoir un service qui va fournir l'information médicale à l'administration tout en assurant une confidentialité.

Les cliniciens, quant à eux, trouvent au SSPIM des informations pour mesurer et décrire leurs activités, surtout lorsqu'ils veulent les valoriser.

Le service de santé publique apporte son expertise en matière d'évaluation médicale et médico économique. La culture de l'évaluation dans un hôpital est devenue essentielle surtout dans un contexte où le progrès scientifique et les innovations thérapeutiques se font à une grande vitesse (Smith, 1994). Le choix, par exemple d'utiliser à l'hôpital une nouvelle méthode diagnostique ou thérapeutique doit se faire, bien sûr, après une série d'évaluation, coût efficacité, coût bénéfice... Ceci est bel et bien du domaine de la santé publique. L'évaluation à l'hôpital comme dans le reste du système de santé peut avoir plusieurs finalités (Contandriopoulos et al, 2000) : une finalité stratégique (elle aide à la planification et à l'élaboration des actions) ; une finalité formative (elle fournit de l'information pour améliorer une intervention, une méthode en cours de route) ; une finalité sommative (elle permet de déterminer les effets d'une intervention pour décider s'il faut la maintenir, la transformer de façon importante ou l'arrêter) ; une finalité fondamentale (elle contribue à l'avancement des

connaissances empiriques et théoriques sur une intervention). Mais l'évaluation à l'hôpital n'est possible que si l'on peut collecter de façon efficace l'information.

Les informations issues du système d'information hospitalier médicalisé que gère le service de santé publique peuvent servir, non seulement pour les analyses médico économiques, mais aussi pour des études épidémiologiques, pour la surveillance épidémiologique au sein de l'hôpital (Adelf¹ et Emois², 2008). La surveillance épidémiologique est une fonction de base de la santé publique. Elle ne consiste pas seulement à la collecte de signaux, mais aussi l'interprétation et surtout à la mise en route d'une action (Dabis et al, 1992). Les infections nosocomiales par exemple doivent faire l'objet d'une surveillance particulière à l'hôpital. En France, il existe une structure à part entière qui s'occupe des infections nosocomiales : le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), mais le service de santé publique peut lui apporter son soutien. La surveillance de l'aspergillose dans notre étude en est un exemple. Le service de santé d'un CHU intègre aussi un réseau régional, national voire international de surveillance épidémiologique.

En ce qui concerne la recherche clinique, Félix REYES, promoteur du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) en France disait « il ne peut pas avoir de progrès en santé publique sans activité permanente de recherche, ni transfert de ses résultats vers les pratiques de soins et de prévention, c'est-à-dire sans une recherche clinique performante » (Reyes, 2007). La recherche clinique contribue donc au progrès de la santé publique et, dans la majorité des cas, elle se fait dans les CHU. Les cliniciens ne disposant pas souvent des connaissances suffisantes en matière de méthodologie de la recherche clinique et épidémiologique, un service de santé publique au CHU, en plus de conduire des travaux de recherche, apporte son expertise en matière de méthodologie de la recherche, d'analyse statistique et d'épidémiologie.

Le service de santé publique au CHU veille à l'amélioration de la qualité des soins, intervient dans la mise en place des démarches qualités et l'évaluation des pratiques professionnelles. Son apport est méthodologique et organisationnel. La démarche qualité nécessite le développement des outils d'évaluation et de mesure de la qualité. L'expertise de santé publique peut contribuer au développement et à l'analyse des indicateurs de qualité donc au suivi de la qualité des soins (Wright, 2002). Il peut accompagner les différents services dans cette démarche. La finalité de la démarche qualité est la satisfaction du patient.

¹ Association des Epidémiologistes de Langue Française

² Association Evaluation, management, organisation, santé

De cette activité très diversifiée du SSPIM, nous avons noté l'absence d'une activité qui constitue un domaine très important de la santé publique : la prévention et la promotion de la santé. Le SSPIM n'est quasiment pas impliqué dans des actions de prévention et de promotion de la santé à l'hôpital. Pourtant, en France, la loi hospitalière du 31 juillet 1991 confie aux établissements de santé (donc y compris les CHU) la mission de participer aux actions d'éducation pour la santé et la prévention non seulement pour les malades, mais également pour les millions de visiteurs et les milliers des professionnels qui y travaillent. En plus, l'OMS, à travers son concept d'hôpitaux promoteur de la santé encourage la mise en place de véritables projets de promotion de la santé à l'hôpital destiné aux usagers, aux personnels, aux visiteurs et à la population environnante (OMS, charte de Budapest, 1992). Des actions individuelles sont peut être menées par d'autres acteurs dans les autres services, mais le service de santé publique pouvait, en tant que tel, intervenir dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de promotion de la santé. Au CHU de Nice¹, par exemple, le département de santé publique est le représentant du CHU de dans le réseau des hôpitaux promoteurs de la santé de l'OMS. Il développe des programmes de prévention et de promotion de la santé permettant aux populations d'accéder à un plus grand contrôle et à une amélioration de leur santé à travers une information de qualité, une participation à la décision médicale. Dans ce cadre, il accorde un intérêt à la conception, la mise en place et l'évaluation de programmes en éducation thérapeutique dans les maladies chroniques, et aux projets menés en partenariat avec les associations de patients. L'hôpital ne doit plus être considéré comme seulement une structure de soins, mais plutôt une structure de santé où la santé est considérée dans sa globalité. Une structure où on s'occupe du patient et non seulement de la maladie. Le tableau III illustre les différences entre un hôpital centré sur la santé et un hôpital de la maladie (Pommier et al, 2004).

L'intégration de la santé publique dans les hôpitaux est une stratégie qui a été proposée et même expérimentée dans certains pays comme le Canada et la Grande Bretagne (Desrosiers, 1996 ; Wright et al, 1997 ; Wright et al, 2002 ; Breton et al, 2008). L'expérience de la Grande Bretagne a été un modèle de cohabitation des spécialistes de santé publique et des cliniciens dans des structures dédiées aux soins. Leurs missions incluaient : la promotion de la santé ; la qualité des soins avec le développement des outils de « *Evidence Based Medicine* » (EBM) ; le développement des systèmes d'information, l'évaluation des besoins de santé de la population locale et planification des services (Harrison & Keen, 2002 ; Wright et al, 2002). Au Québec, c'est en 1974 que des départements de santé communautaire (DSC) ont été créés dans les hôpitaux. Leurs missions étaient d'assumer la responsabilité de santé publique sur le plan local et en même temps d'agir au sein du centre hospitalier par des interventions

¹ Source : <http://www.chu-nice.fr> consulté le 28 décembre 2008

préventives. Ces DSC étaient donc la concrétisation de l'intégration des fonctions de la santé publique à l'intérieur des frontières hospitalières (Breton et al, 2008). Des années après, on a reproché à ses DSC hospitaliers de déresponsabiliser, dans une certaine mesure, les autres professionnels à l'égard de la prévention (Pineault, 1984 ; Pineault et al, 1986).

Tableau III: Comparaison hôpital de la santé et hôpital de la maladie

	Hôpital /maladie	Hôpital/santé
Conception de la santé	Finalité (restitution <i>ad integrum</i>)	Moyen (ressource face à la maladie)
Objet du soin	Maladie	Patient
Objectif du soin	Guérison	Qualité de vie
Place du patient	Passif	Acteur
Temps	Séquences	Processus
Durée de la maladie	Aiguë	chronique
Modèles	Biomédical	Global
Organisation	Cloisonnée Intra/extra service (curatif/préventif, médical/social)	Transversale Continuité santé/maladie
Environnement Déterminants de santé	«pas la fonction de l'hôpital »	Prise en compte des déterminants de santé du bassin de vie
Pratique soignante	Prestataire de service individuelle	Empowerment (autonomisation face à la maladie) Individuelle et de groupe

5 Proposition de création d'un service de santé publique au CHU de Brazzaville

5.1 Contexte général

5.1.1 Le système de santé congolais

Le Congo est un pays de 342000 Km² situé en Afrique centrale. Sa population est estimée à 3551500 habitants. Le système de santé est de type pyramidal et référentiel avec trois niveaux : périphérique, intermédiaire et central. A chaque niveau il y a une structure de gestion administrative et des structures opérationnelles (structures de soins)

Les structures de gestion

Au niveau périphérique, on trouve les équipes de gestion des circonscriptions socio sanitaires (CSS). Les CSS sont constituées d'un réseau de centres de santé intégrés (CSI)

Le niveau intermédiaire est représenté, sur le plan administratif par les directions départementales de la santé. Elles représentent l'autorité sanitaire au niveau des départements.

Le niveau central est constitué par le cabinet du ministre de la santé et la direction générale de la santé. C'est à ce niveau que se conçoivent les orientations générales sur la politique de santé. La planification, la répartition des ressources et le contrôle sont également gérés à ce niveau. La direction générale de la santé joue aussi le rôle d'interlocuteur avec les structures opérationnelles.

Les structures de soins

Au niveau périphérique on a les CSI qui constituent les unités de base du système de soins et qui sont le premier niveau de contact de la population avec le système de santé. On y délivre des soins primaires en ambulatoire.

Les structures de soins intermédiaires sont représentées par les hôpitaux de base qui sont, en fait, le premier niveau d'hospitalisation. Ils constituent le premier niveau de référence pour les malades venant des CSI. Leur rôle est essentiel dans le dispositif, mais le faible niveau d'équipements matériels, de moyens humains et médicamenteux adaptés aux besoins de soins compromet largement l'activité de ces structures (Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille, PNDS, 2006). Ils disposent au moins d'un service de médecine, de chirurgie, de maternité et de pédiatrie

Au sommet de la pyramide hospitalière se trouvent les hôpitaux généraux. Ils constituent des établissements de référence pour les hôpitaux de base. Six hôpitaux dont le CHU de Brazzaville (CHUB) et l'hôpital central des armées s'inscrivent dans cet arsenal sanitaire. Ils disposent des services plus spécialisés. Dans ce groupe, de par son caractère universitaire, le CHU de Brazzaville se place au dessus de la mêlée et se distingue des autres hôpitaux généraux :

- Il constitue le plus grand hôpital du pays tant par le nombre de lit que par la qualité et le niveau de sa technicité. Il constitue le troisième niveau de référence, alors que les autres hôpitaux généraux sont de deuxième référence.
- Contrairement aux autres structures hospitalières qui ont pour interlocuteur la direction générale de la santé, le CHUB est directement rattaché au cabinet du ministère de la santé.

5.1.2 Présentation du CHU de Brazzaville

Créé par la loi n°008/87 du 07 février 1987 et inauguré deux ans plus tard, le CHUB est un établissement public à caractère social et commercial doté d'une personnalité morale et d'une autonomie de gestion. Le CHUB est un hôpital de référence de troisième niveau, qui a pour vocation d'être un centre d'excellence en matière de soins, de formation et de recherche médicale. Il a trois missions essentielles:

- La prestation des soins de qualité aux patients ;
- La formation initiale et à la formation permanente du personnel médical et paramédical ;
- La recherche biomédicale.

Le CHUB est administré par un Comité de Direction et dirigé par un Directeur Général. Il dispose de trois organes consultatifs : le Conseil d'Établissement, la Commission Médico-Technique et la Commission Paritaire d'Avancement.

En 2006, le CHUB avait une capacité d'hébergement de 761 lits, répartis entre quatre principaux secteurs d'activités (Tableau IV).

Tableau IV: Répartition des lits du CHUB en fonction des services

Secteurs d'activités	Nombre de lits	%
Médecine et spécialités médicales	333	43,73
Chirurgie et spécialité chirurgicale	173	22,73
Pédiatries	168	22,07
Gynécologie Obstétrique	87	11,43
TOTAL	761	100

(Source : Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille, PNDS, 2006)

Les sources de financement du CHUB sont de deux types :

- Les subventions de l'Etat qui représentent environ 80% des ressources
- Les ressources propres issues de la vente des biens et services (consultation, frais d'hospitalisation, laboratoire, imagerie, pharmacie...). Le patient est soumis au paiement direct. Il n'y a pas un système d'assurance maladie obligatoire au Congo.

Le CHUB reste très dépendant des subventions de l'Etat, malgré la politique de recouvrement des coûts. En effet le CHUB est né à une période de transition entre deux modes de financement qui a caractérisé la majorité des pays d'Afrique. Le premier basé sur la gratuité des soins (santé pour tous) entre les décennies 1960 et 1980, et le second basé sur la participation financière des usagers introduit en 1987 par l'initiative de Bamako (Audibert et al, 2004).

Le caractère universitaire du CHUB relève d'une convention signée le 07 juillet 1988 avec la faculté des sciences de la santé de l'université Marien Ngouabi de Brazzaville qui forme en moyenne 30 médecins par année.

5.2 Justification

Le CHU de Brazzaville, comme beaucoup d'hôpitaux d'Afrique et même de certains pays développés est confronté à deux problèmes majeurs : celui de la qualité et celui des coûts. Il ne parvient pas à assurer de façon satisfaisante ses missions.

Du point de vue des soins, il n'est pas toujours pertinent et ne répond pas souvent aux critères de qualités attendus, que ce soit dans le domaine médical que de l'accueil. Il n'existe pas une culture, une politique d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins et des pratiques professionnelles.

Du point de vue de la recherche, elle est quasi inexistante par manque de ressource dédiée, mais aussi par manque de motivation et de préoccupation scientifique. Le manque de formation en matière de recherche est aussi un obstacle à cette activité. Il manque un appui méthodologique à la recherche. Les rares travaux de recherche qui sont menés restent trop souvent limités à des perspectives individuelles de carrière et s'inscrivent rarement dans une planification concertée.

En ce qui concerne la gestion des ressources ou le management, il n'existe pas un système de pilotage ou un système d'information hospitalier (SIH) permettant de mesurer l'activité de l'hôpital, les indicateurs essentiels pour prendre des décisions en toute connaissance de cause et de suivre leur évolution. Il n'y a pas de données disponibles permettant de renseigner sur la qualité et la nature des prestations rendues par le CHUB (Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille, 2006).

Enfin, le CHUB s'intéresse peu à la santé publique et paraît isolé du reste du système de santé. Il n'est pas ouvert sur son environnement, il reste enfermé dans ses quatre murs. Il est peu associé à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes de santé publique. Les soins préventifs et la promotion de la santé restent peu présents dans son agenda.

Ainsi, fort de ce qui précède, nous pensons qu'un service santé publique au CHUB peut contribuer de façon considérable à l'amélioration de sa performance, de l'état de santé de ses usagers, de son personnel et aussi de la population en générale. Il peut aussi être un outil d'aide à la gestion de l'hôpital. En plus, un service de santé publique devrait aider le CHUB à sortir de son isolement par rapport au reste du système de santé. Ce service devrait être, comme le souligne Grémy et Fessler dans leur article « hôpital et santé publique », la conscience systémique de l'établissement, qui doit lui rappeler le contexte populationnel et institutionnel où il s'insère et dont il n'est qu'une pièce (Grémy & Fessler, 1993).

5.3 Objectifs du service

5.3.1 Objectif général

Développer une activité de santé publique au sein de l'hôpital et contribuer à l'amélioration de sa performance et, *in fine*, de l'état de santé de la population.

5.3.2 Objectifs spécifiques

1. Concevoir, mettre en place et gérer un système d'information hospitalier
2. Redynamiser la recherche clinique

3. Développer la promotion de la santé et à terme faire du CHUB un hôpital promoteur de la santé
4. Introduire et promouvoir la démarche qualité au CHUB
5. Favoriser l'ouverture du CHUB sur son environnement

5.4 Les activités prioritaires

5.4.1 Mise en place d'un système d'information hospitalier et gestion de l'information médicale

Au sein d'un hôpital, le pouvoir de décision est souvent partagé entre deux secteurs, le secteur médical et le secteur administratif. Le secteur médical obéit à une hiérarchie propre, fondée sur des critères de compétence et parfois d'ancienneté établis par le consensus médical. Offrir des soins de qualité avec du matériel requis, de pointe, en réponse à la demande croissante des patients, reste souvent sa motivation première. Les aspects économiques semblent peu les interpeller. De l'autre côté, le secteur administratif, qui a la charge de la gestion hospitalière. Il doit faire face aux restrictions budgétaires et manager la répartition des ressources. Entre ces deux secteurs il semble avoir une cloison plus ou moins étanche. L'objectif collectif n'est pas perçu de façon claire, la communication n'est pas toujours facile. Il n'est pas rare de voir, dans le cas particulier du CHUB, une décision administrative prise sans l'assentiment d'un chef de service ou sans une évaluation préalable du besoin.

Ainsi, la mise en place d'un système d'information hospitalier (SIH) est susceptible de contribuer au décroisement de l'organisation hospitalière par la gestion des échanges d'informations médicales et administratives. Le service de santé publique qui devra gérer ses informations va donc servir de charnière entre l'administration et le secteur médical.

Ce SIH, dont nous ne décrivons pas dans ce travail les aspects techniques, va permettre de recueillir les résumés d'hospitalisation de chaque patient dans chaque service. Ces résumés devraient contenir des informations administratives (identité, date d'entrée et de sortie, mode d'entrée et de sortie ...) et des informations médicales (diagnostics, actes médicaux, examens paracliniques...). Pour ce, il doit avoir des équipes de collecte de données dans chaque service. Le service de santé publique aura pour mission de centraliser ses informations, d'en assurer l'anonymat et la codification (codification des actes et des diagnostics), de les analyser et de les transmettre à l'administration de l'hôpital et éventuellement faire un feed-back vers les services.

Ces informations vont constituer un support incontournable de management hospitalier. Elles vont permettre une description et une mesure de l'activité médicale et médico économique, une évaluation de l'activité des services et de la performance de l'hôpital. Le SIH est un instrument qui va

permettre de disposer des indicateurs objectifs pour la prise des décisions concernant les investissements, les recrutements, l'utilisation rationnelle des ressources matérielles et humaines..., car on ne peut pas décider d'une action, d'un projet, sans connaître parfaitement les paramètres médicaux, infirmiers et administratifs de l'hôpital, c'est-à-dire sans éléments précis et quantifiés (Durant, 1998). L'information est un outil important d'aide à la décision (Cecchi, 2008), elle contribue à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience de l'hôpital.

Les données médicales recueillies régulièrement vont aussi aider à la veille épidémiologique au sein de l'hôpital et aussi intégrer un réseau de surveillance régionale voire nationale. La surveillance épidémiologique étant définie comme « un processus continu et systématique de collecte, d'analyse et d'interprétation de données épidémiologiques, diffusées en temps voulu à ceux qui en ont besoin, en vue d'une action de Santé Publique » (Dabis et al, 1992).

5.4.2 Prévention et promotion de la santé

Parler de prévention et de promotion de la santé à l'hôpital peut parfois paraître paradoxal, car pendant longtemps l'hôpital a été considéré comme un lieu consacré uniquement à la maladie, plus précisément à la lutte contre la maladie, plutôt qu'à la santé de façon globale. La conception de la santé dans sa globalité a encore du mal à trouver sa place dans les hôpitaux, qui restent souvent focalisés que sur leurs aspects curatifs.

L'OMS, à travers son programme des hôpitaux promoteurs de la santé encourage les hôpitaux à passer d'une approche uniquement curative à des préoccupations centrées davantage sur la prévention et sur la santé globale du patient.

Ainsi, un service de santé publique au CHUB devrait concevoir, coordonner et évaluer des programmes de prévention et de promotion de la santé au sein de l'hôpital. Le CHUB est bien placé pour faire se rencontrer les logiques curative et préventive, en contribuant à sensibiliser des publics très hétérogènes qui le fréquentent : les usagers bien sûr, mais aussi les milliers de visiteurs et le millier de professionnels qui y travaillent. Divers thèmes peuvent être abordés en particulier celui des maladies chroniques.

En effet, la structure des pathologies, au Congo comme dans l'ensemble des pays d'Afrique, se transforme considérablement. On assiste à une transition épidémiologique avec une croissance des maladies non transmissibles (cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires...). On prévoit qu'en 2015 les maladies non transmissibles seront une cause majeure de morbidité et de mortalité dans les pays à faible revenu (Mathonnat, 2008). Ces maladies vont accroître la charge qui pèse déjà sur le CHUB

(lieu de dernier recours), alors qu'il est déjà peu performant et qu'il n'est vraiment pas équipé pour en faire face. Ces maladies nécessitent des traitements tellement lourds, longs et coûteux qu'on ne devrait plus ignorer l'importance d'investir dans la prévention et la promotion de la santé dans un hôpital, surtout universitaire (Levine, 1998).

Le service de santé publique va donc intervenir et apporter son expertise sur les trois niveaux de prévention, selon la population cible de l'action de prévention (universelle, orientée ou ciblée) ou selon le moment d'intervention en fonction du début de la maladie (primaire, secondaire et tertiaire).

Dans le cadre de la continuité des soins (surtout pour les maladies chroniques), le service pourra développer et coordonner des réseaux hôpital-ville, exportant ainsi son expertise hors des murs de l'hôpital afin d'éviter la rupture dès que le patient quitte l'hôpital.

5.4.3 Redynamisation de l'activité de recherche

La recherche biomédicale est l'une des principales missions d'un centre hospitalier et universitaire. Le service de santé publique pourra booster l'esprit de recherche en apportant aux cliniciens un appui méthodologique.

En effet, les outils de la santé publique comme l'épidémiologie, la biostatistique et l'économie de la santé sont indispensables pour développer une activité de recherche clinique au CHU. La recherche clinique est un pilier de l'évolution thérapeutique et diagnostique (Monassier, 2005), elle doit devenir, au CHUB, une activité clairement individualisée avec des équipes multidisciplinaires.

Les champs de recherche possible au CHUB sont multiples, leur finalité première doit être l'amélioration de la qualité de la prise en charge des malades. Cette activité de recherche devrait s'étendre hors de l'hôpital.

5.4.4 Mise en place et promotion de la démarche qualité

La démarche qualité est un ensemble de processus permettant une amélioration continue de la performance, de la qualité des prestations de l'hôpital tout en plaçant le patient et sa satisfaction au coeur de ses préoccupations (Vibert, 2002). C'est une voie que doit emprunter toute structure qui veut améliorer ses performances. Cette démarche fait appel aux principes de management élaborés dans les années 50 par Deming. C'est la roue d'amélioration continue de la qualité en quatre étapes : La première étape est la planification des actions c'est-à-dire ce que l'on va faire ; la seconde est la mise en œuvre opérationnelle du plan d'action, ensuite on vérifie que l'on a bien mis en œuvre le plan

d'action grâce à des indicateurs, et enfin si on a noté un écart entre les objectifs et les résultats, la quatrième étapes consiste à mettre en œuvre des mesures correctives pour y remédier.

Le service de santé publique va être chargé de mettre en place des procédures de gestion de la qualité et des risques sanitaires au sein du CHU. Nous proposons ici une implantation, non pas d'emblée à l'ensemble de l'hôpital, mais au niveau des différents services en respectant l'organisation segmentée de l'établissement. Cette approche a déjà été expérimentée au CHU de Grenoble en France (François et al, 2008).

L'intervention du service de santé publique va consister dans un premier temps à la formation des référents qualité dans les services (au moins deux par service, un médecin et un cadre de santé) sur les concepts et méthodes de gestion de la qualité. Ils vont être amenés à identifier les problèmes de leurs services, à définir les priorités, à analyser les causes des problèmes prioritaires, à construire des solutions, à planifier leur mise en œuvre et à envisager l'évaluation des résultats. Ensuite une cellule qualité comprenant les différents professionnels du service sera mise en place. La mise en place d'une démarche qualité dans un service doit évidemment impliquer l'équipe complète. Aucune démarche qualité ne peut aboutir sans l'adhésion de tous. Chacun devra participer à la mise en place et aux discussions visant à écrire et à améliorer les processus nécessaires. L'amélioration des processus suppose l'implication des acteurs de terrain, ceux qui mettent en œuvre ces processus au quotidien. Une démarche participative permet d'identifier et de mettre en oeuvre les actions d'amélioration pertinentes (Vibert, 2002 ; ANAES, 2002). L'implication personnelle du chef de service est capitale et joue un rôle important dans la pérennité d'une démarche qualité (François et al, 2008). Le service de santé publique assure un soutien méthodologique permanent.

Sur le plan méthodologique, il existe de façon schématique deux approches méthodologiques pour la mise en œuvre de la démarche qualité dans un établissement de santé : L'une s'appuie sur une référence pour créer une dynamique d'amélioration, tandis que l'autre crée une dynamique d'amélioration pour ensuite intégrer des références (Fourcade, 2001). Les références expriment toute notion de standards, de critères, de référentiels, de normes et autres modèles servant à comparer la situation concernée.

Dans notre contexte, en absence d'une structure comme la Haute Autorité de Santé (HAS) en France qui établit des références, Nous proposons plutôt la deuxième approche. Elle va donc viser dans un premier temps à mobiliser les professionnels dans la recherche d'une amélioration de la qualité, pour ensuite apporter ou concevoir des référentiels qui permettront de situer l'amélioration. Ces référentiels peuvent être mis en place en s'inspirant des normes et recommandations Françaises qui sont d'ailleurs déjà utilisées dans certaines spécialités. Il suffira juste de les adapter à la réalité du

terrain et aux besoins des patients. Tout ceci a pour finalité l'amélioration des pratiques professionnelles et de la qualité des soins

La démarche d'amélioration continue de la qualité implique la notion de mesure. La mesure de la satisfaction des patients, du bon déroulement des processus et de la conformité des services par rapport aux objectifs fixés. Le service de santé publique mettra donc son expertise pour la collecte et la mesure et l'interprétation des indicateurs.

L'implantation de cette démarche qualité va se faire progressivement sur plusieurs années, car elle nécessite des profonds changements. En Europe aussi cette implantation s'est faite ou se fait très lentement (Ovretveit, 2000)

5.4.5 Ouvrir le CHUB sur le reste du système de santé

Toutes les réflexions menées sur l'hôpital de demain convergent pour dire que l'hôpital de demain doit être un hôpital sans murs, un hôpital décloisonné, ouvert sur son environnement (Contandriopoulos & Trottier, 1998 ; Levine, 1998). Le CHUB, pôle d'excellence de la médecine congolaise, devrait être l'exemple en matière d'ouverture. Le service de santé publique peut constituer la charnière entre le CHUB et le reste du système de santé. Les résultats de la veille épidémiologique au sein de l'hôpital devraient intégrer et alimenter le réseau de surveillance sanitaire nationale.

L'équipe de santé publique pourra apporter son appui aux autres formations sanitaires dans le domaine de la recherche, de la promotion de la santé, de la gestion de l'information médicale. Elle pourra apporter son appui à l'Etat dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de certains programmes de santé.

5.5 Les ressources

5.5.1 Ressources humaines

Un service de santé publique, comme nous l'avons décrit dans l'expérience du SSPIM, nécessite un personnel qualifié, bien formé aux métiers de la santé publique (épidémiologie, recherche clinique, promotion de la santé, informatique médicale...). On devrait donc inclure la santé publique dans le programme de recrutement et formation du CHUB comme cela se fait pour d'autres spécialités médicales.

Une équipe minimale de cinq personnes pourra débiter cette initiative :

- Deux médecins, spécialisés dans la recherche en santé publique (DES, master recherche ou mieux thèse d'université)
- Un informaticien
- Un cadre de santé formée à la promotion de la santé
- Une secrétaire

Cette équipe travaillera, bien entendu, avec les professionnels d'autres services. Les programmes de promotion de la santé seront menés avec du personnel déjà existant dans les différents services. Dans chaque service un cadre de santé peut servir de correspondant du service de santé publique. La collecte de l'information médicale se fait dans les différents services par des secrétaires déjà existants. Il faudra juste les former à cette tâche. Pour un début, en absence d'un réseau informatique intra hospitalier, les informations peuvent être recueillies par des fiches de collecte de données et centralisées au niveau du service de santé publique qui les enregistre et les analyse.

5.5.2 Ressources matérielles

Il s'agit essentiellement d'un équipement informatique pour l'analyse des données, la tenue des bases de données et du matériel de vidéo projection.

5.5.3 Ressources financière

Le service de santé publique sera un service à part entière de l'hôpital, mais vu l'étendu de son activité qui devrait dépasser le cadre renfermé de l'hôpital, il pourra postuler à des financements extérieurs. Des projets de recherche pouvant être financés par le ministère de la recherche scientifique ou d'autres institutions internationales. L'OMS par exemple pouvant financer un projet de promotion de la santé à l'hôpital. Le service de santé publique peut être le canal par lequel l'hôpital pourra solliciter un soutien financier des organisations internationales, des coopérations bilatérales et multilatérales ou des organisations non gouvernementales.

En effet, le CHUB, comme les autres hôpitaux généraux, a pendant longtemps été mis à l'écart des préoccupations de la plupart des organismes d'aide au développement, la priorité ayant été toujours accordée aux structures de soins primaires. A travers ce service, le CHUB pourra tisser des nouveaux partenariats comme, par exemple, le monde de l'industrie pharmaceutique pour des essais cliniques ou encore des instituts de recherche.

Conclusion

L'activité d'un service de santé publique à l'hôpital et en particulier au CHU semble cachée, pourtant ses champs d'action y sont très larges et diversifiés. C'est un service transversal, qui est à l'interface, non seulement entre l'administration et les soignants, mais entre l'hôpital et le reste du système de santé. De la gestion de l'information médicale, important outil d'aide à la décision et de management, à la promotion de la santé en passant par la démarche qualité et la recherche clinique, ce service contribue à l'amélioration de la politique managériale de l'hôpital, de la qualité de la prise en charge du patient et de la santé de la population.

La recherche de l'efficacité et de l'efficience dans le système de santé doit inciter les autorités à rapprocher et à intégrer diverses actions susceptibles d'améliorer la santé des populations. Ainsi, la mise en synergie de la santé publique avec le secteur hospitalier est une stratégie que notre pays devrait expérimenter. Cette intégration qui peut commencer au CHU devrait aussi à terme s'exporter dans les hôpitaux généraux et régionaux.

Une telle initiative nécessite du personnel bien formé dans différents domaines de la santé publique. Le succès de cette proposition passe par la reconnaissance des enjeux et défis inhérents à la juxtaposition de champs qui évoluent jusque là de façon parallèle.

Références

- Adelf, Emois. Système d'information hospitalier et épidémiologie. Livre des résumés présentés au congrès Saint-Malo, 3 et 4 avril 2008. *Rev. Epidém. et Santé Publ.*2008 ; **56** (suppl. 1) : 58 pages
- Alla F., Halley des Fontaines V., Jabot F. et al., Editorial, *Santé publique* 2007 ;**19** :5-6.
- ANAES. Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris, avril 2002
- Audibert M, Mathonnat J, De Roodenbeke E. Financement de la santé dans les pays à faible revenu : questions récurrentes, nouveaux défis. *Med Trop* 2004 ; **64** : 552-560
- Balique H. L'hôpital public en Afrique francophone. *Med Trop* 2004 ; **64** :545-551
- Bérard A. Les médecins spécialistes de santé publique. *Santé publique* 2007; **19** (0); 53-60
- Bettcher DW, Sapirie S, Goon EHT. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *Rapp Trimest statist sanit mond* 1998; 51:1-19
- Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D. Définitions de la santé publique. In : *Traité de santé publique*, 2^{ème} édition. Paris, Médecine-sciences Flammarion, 2007:1-4
- Breton M, Lévesque JF, Pineault R, Lamothe L, Denis JL. L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec: enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Prat Organ Soins* 2008 ; **39**(2) :113-124.
- Cecchi C. La place de l'information dans la décision en santé publique. *Santé publique* 2008 ; **20**(4) :387-394
- Colin C. La santé publique au Québec à l'aube du XXI^e siècle. *Santé publique* 2004 ; **42** (2) : 185-195.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Avargues MC. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Rev. Epidém. et Santé Publ* 2000 ;**48** :517-539
- Contandriopoulos A-P, Trottier L-H. Epilogue : L'hôpital dans le système de soins de demain. *Ruptures, revue transdisciplinaire de santé* 1998 ; **5** (1) : 106-120
- Dabis F, Drucker J, Moren A. Epidémiologie d'intervention. *Arnette Press*. Paris, 1992; 589 pages.
- De Kervasdoué J. Place et rôle de la formation en santé publique dans les reformes du système de santé. *Actualité et dossier en santé publique* n°55 juin 2006 :63-65

- Desrosiers G. Evolution des concepts et pratiques modernes en santé publique : 1945-1992. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1996 ; **3**(1) : 18-28
- Durant G. L'évaluation économique à l'hôpital. *Louvain med.* 1998; **117**: 54-62
- Fourcade F. Panorama des démarches qualité à l'hôpital. *Actualité et dossier en santé publique* n° 35 juin 2001 :29-33
- François P, Boyer L, Weil G. Implantation d'une démarche qualité dans les services médicaux d'un hôpital universitaire : facteurs d'accélération et de frein. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008; **56** (suppl 3) : S189-S195
- Frenk J. The new public health. *In: The crisis of public health, reflexions for debate.* Pan américain health organisation, Scientific publication n°540, 1992: 68-85
- Gebbie K. The public health workforce: key to public health infrastructure. *Am. J. Public Health*, 1999; 89: 660-661.
- Giraud F. Les centres hospitaliers et universitaires. Réflexion sur l'évolution de leurs missions. Rapport au premier ministre. http://conference-doyens-medecine.fr/IMG/pdf_rapport_Giraud.pdf consulté le 31 janvier 2009
- Grémy F, Fessler JM. Hôpital et santé publique. *Informatique et santé* 1993; **6**: 3-7
- Harrison S, Keen S. Public health practitioners in NHS hospital trust : the impact of medical care epidemiologist. *J Publ Hlth Med* 2002; 24: 16-20.
- Lecourt D. Dictionnaire de la pensée médicale. Paris, PUF, 2004, 1269 pages
- Levine D. L'avenir de l'hôpital universitaire. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1998 ; **5** (1) :34-40
- Levy A, Cazaban M, Duffour J, Jourdan R. Abrégés de santé publique. 2è édition, Masson, Paris, 1995, 243 pages
- Mathonnat J. Financement public de la santé en Afrique, contraintes budgetaires et paiements directs par les usagers : regards sur les questions essentielles. *C. R. Biologies* 2008 ; **331** (12) :942-951
- McKee M, Healy J. Le role de l'hôpital dans un environnement en mutation. *Bulletin de l'organisation mondiale de la santé.* Recueil d'articles n°3, 2000:176-183
- Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Plan hôpital 2007. www.sante.gouv.fr/html/dossiers/hopital2007 Consulté le 7 mars 2009.

- Ministère de la santé, des affaires sociales et de la famille du Congo. Programme national de développement sanitaire 2006-2012. 96 pages.
- Mission tarification à l'activité. La tarification des établissements de santé. Rappel des enjeux, des modalités, des schémas cibles et transitoires 2007. http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/pedagogie/documents/rappel_enjeux_mai07 consulté le 12 décembre 2008.
- Monassier JP. La recherche clinique en cardiologie : un objectif réaliste pour les hôpitaux généraux ? *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 2005 ; **54** (6) : 297
- OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986. www.euro.who.int consulté le 17 mars 2009
- OMS. Charte de budapest. Objectif du réseau des hôpitaux promoteurs de santé. 1992. www.ulb.ac.be/assoc/hps/hps-budapest.htm consulté le 7 mars 2009.
- Ovretveit J. Total quality management in European health care. *Int J Health Care Qual Assur* 2000; **13**: 74-79
- Pineault R, Champagne F, Trottier LH. The integration of public health in hospitals: the case of community health departments in Quebec. *J Public Health Policy* 1986; 7:458-462
- Pineault R. The place of prevention in the Québec health care system. *Can J Public health* 1984; **75**(1):92-97.
- Pommier J, Laurent-Beq A, Beurrier B, Fidan S, Guilhem L, Jeandel L et al. La perception de la santé publique des infirmières à l'hôpital. *Santé publique* 2004 ; **42** (2) :383-392
- Pommier J. et Grimaud O., Les fonctions essentielles de la santé publique : histoire, définition et applications possibles, *Santé publique* 2007 ; **19** : 9-14.
- Reyes F. Recherche clinique et prise en compte de l'innovation. In : Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D. *Traité de santé publique*. 2è éd. Paris, Flammarion Médecine-sciences 2007 : 267-271
- Rusch E. Glossaire des termes de santé publique internationaux. *Actualité et dossier en santé publique* n°43 juin 2003 :4-6
- San Marco J-L, Lamoureux P. Prévention et promotion de la santé. In : Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D. *Traité de santé publique*. 2è éd. Paris, Flammarion Médecine-sciences 2007: 194-202
- Smith R. Towards a knowledge based health service. *Br Med J* 1994; **309**:217-218
- Spira A. Les besoins de formation en santé publique et leurs évolutions. *Actualité et dossier en santé publique* n°55 juin 2006 :36-41.
- Vibert JF. Démarche qualité en médecine. *Néphrologie* 2002 ; **23** (1) :7-10.

- Winslow CE. The untilled fields of public health. *Science* 1920; **51**:23-33.
- Wright J, Ayres P, Hill P. Public health in hospitals: new steps in old directions. *J Publ Hlth Med* 1997; 19: 408-412.
- Wright J, Franks A, Ayres P, Jones K, Roberts T, Whitty P. Public health in hospitals: the missing link in health improvement. *J Publ Hlth Med* 2002; **24** (3): 152-155.

Annexes

FICHE D'ENQUETE

IDENTITE

1_ Nom et prénom :

2_ Sexe : Masculin

Féminin

FORMATIONS

3_ Etes vous médecin ? oui non

4_ **Si oui** quelle autre formation avez-vous :

Internat santé publique

Epidémiologie : master ou équivalent Thèse

Biostatistique : master ou équivalent Thèse

Informatique médicale: master ou équivalent Thèse

Autre à préciser : _____

5_ **Si non** Quelle est votre profession :

Quelle est votre formation de base :

Formations complémentaires :

FONCTIONS

6_ Ancienneté dans la profession :

7_ Ancienneté dans le service :

8_ Dans quelle unité du service exercez vous ?

PMSI- T2A

Recherche clinique, épidémiologie et biostatistique

Informatique médicale

Autres

9_ Décrire brièvement votre activité dans le service :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

10_ quelle est votre volume horaire hebdomadaire dans le service ?.....

11_ Pouvez vous énumérer un ou deux projets ou encore une demande ponctuelle sur lequel vous travaillez actuellement ?

.....
.....
.....
.....
.....

12_ Quels logiciels informatiques utilisez vous dans votre activité

Word Excel Access SPSS R

logiciel spécifique au PMSI (précisez) :.....

Autres à préciser :.....

AUTRES ACTIVITES

13_ Avez-vous une activité d'enseignement ? oui non

14_ si oui quels sont vos domaines d'interventions

.....
.....
.....

15_ Nombre d'heures de cours approximatif pour 2007/2008 :

16_ Avez-vous une activité de recherche ? oui non

17_ si oui quels sont vos domaines d'interventions

.....

.....

.....

18_ Avez-vous une activité professionnelle en dehors du service ? /_ / oui /_ / non

19 _ si oui dans quelle type de structure ?.....

.....

Merci pour votre collaboration