

Tribune

Trois acteurs de la santé publique et deux professionnels de la formation en santé publique nous apportent ici leur réflexion et leur expérience.

René Demeulemeester
Michel Depinoy
Médecins Inspecteurs de Santé Publique

Une culture de santé publique en voie de développement : Réflexions sur l'avenir de la formation des médecins en santé publique

Sylvaine Boige-Faure
Médecin-Directeur du Service Hygiène Santé de Valence.
La formation en santé publique vue par un médecin directeur de service communal d'hygiène et de santé

Pr Roger Salamon
Professeur d'Épidémiologie
Université Bordeaux II
La formation à la santé publique

M. Daniel LAGIER
Sous-Directeur des Professions de Santé DGS
(jusqu'en novembre 1992)

Une culture de santé publique en voie de développement :
Réflexions sur l'avenir de la formation des médecins en santé publique

Si la santé publique n'est pas seulement affaire de médecins, elle les concerne tous quelque soit leur mode d'exercice. La formation des médecins de santé publique, quant à elle, est conditionnée par le développement des métiers de santé publique. Ces métiers sont eux mêmes dépendants de l'évolution du concept de santé publique au sein des politiques de santé.

La santé publique en France, quel avenir, quels développements pour les métiers de santé publique ?

Historiquement, la notion de santé publique est rattachée à celle d'épidémie et d'hygiène sociale. La vocation de la santé publique se limite essentiellement à assurer une prévention collective des maladies infectieuses. La France n'a pas disposé, comme les pays anglo-saxons, d'une culture de santé publique suffisamment solide pour progresser du contrôle des maladies infectieuses à celui des autres problèmes de santé, accidents et maladies chroniques.

Durant la dernière décennie, la préoccupation essentielle dans le domaine de la santé a manifestement été d'ordre économique. La maîtrise des dépenses de santé et la gestion du système de soins, et singulièrement de l'hôpital public, ont été au coeur des préoccupations.

Les missions des médecins au sein des collectivités, et plus particulièrement des services de l'Etat, ont été fortement orientées vers la planification des équipements et les actions de contrôle des activités hospitalières. L'allocation de ressources par taux directeurs, indices et ratios, est l'aboutissement d'une gestion plus inspirée par des normes susceptibles de garantir une apparente équité que par l'évaluation de l'efficacité des moyens attribués.

A l'heure actuelle, l'idée que l'amélioration de l'état de santé n'est pas nécessairement liée à l'accroissement des dépenses de soins commence à faire son chemin. En termes de stratégie, cela suppose de faire de la santé un objectif et de l'économie une contrainte et non l'inverse. Dans ce schéma, l'approche de santé publique est un outil qui permet de définir la manière la plus utile d'utiliser des ressources qui ne sont pas illimitées.

Dans ce contexte, la santé publique pourrait se développer, dans une approche globale, selon trois axes complémentaires. Le premier a trait à l'identification, dans une population, des problèmes de santé, de leurs déterminants biologiques, sociaux, environnementaux ou liés au système de soins. Le second est en relation avec les actions à entreprendre ou les services à offrir en réponse à ces problèmes, aussi bien dans le domaine préventif que dans le domaine curatif, dans le système de santé ou à l'extérieur de ce système. Le troisième, enfin, comporte les actions d'évaluation, de supervision et de contrôle des activités mises en oeuvre et des services offerts.

Si ces orientations devaient se confirmer, les besoins en médecins de santé

publique s'accroîtraient dans les organismes qui interviennent au sein de collectivités.

Les handicaps de la formation en santé publique

Le malaise est, pour une large part, extérieur à la discipline. L'insuffisance de définition d'une politique de santé en termes de problèmes de santé à résoudre est source de difficultés à déterminer des fonctions et des métiers de santé publique. Dès lors, comment définir clairement les objectifs d'une formation ? L'absence de prospective relative aux besoins en médecins de santé publique entraîne l'impossibilité de quantifier les besoins en formation. Les carrières actuellement offertes dans le secteur public sont peu attrayantes, tant par la qualité de vie au travail que par le niveau de rémunération. Il est paradoxal de constater que c'est le secteur privé, laboratoires pharmaceutiques et firmes d'audit, qui offre actuellement le plus de débouchés aux anciens internes de santé publique, alors que les collectivités publiques sont incapables de les attirer.

A l'intérieur de la discipline, il n'existe pas de lien entre les trois piliers qui sont à la base d'une discipline: pratique, enseignement et recherche. La formation demeure très théorique, encore largement fondée sur l'apport de connaissances, l'acquisition de méthodes est encore embryonnaire. L'enseignement est trop dispersé et manque d'homogénéité. Les enseignants de santé publique, peu nombreux, souvent formés initialement dans d'autres spécialités, ont peu d'expérience de la pratique de terrain. Les praticiens de terrain participent peu à l'enseignement. La recherche est également distincte de la pratique, plus orientée vers des recherches sur la santé publique ayant peu de retombées opérationnelles que vers des recherches pour la santé publique, uti-

lisables rapidement pour l'adaptation des actions. La majorité des stages pratiques se déroule à l'hôpital et non sur les lieux où est censée se pratiquer la santé publique. Il persiste une confusion entre la formation de médecin d'informatique médicale et la formation de médecin de santé publique.

Ainsi, au moment où les besoins en médecins de santé publique pourraient connaître une évolution, le système de formation ne paraît pas adapté. Ce double constat nous amène à formuler quelques propositions qui résultent de la vision certainement partielle et probablement partielle d'acteurs de terrain qui souhaitent, tout naturellement, voir se développer la discipline qu'ils pratiquent. Ces propositions n'ont rien de spectaculaire, ce que nous souhaitons c'est qu'elles suscitent réflexion et échanges entre enseignants, professionnels et employeurs actuels ou potentiels.

Faciliter l'acquisition, pour l'ensemble des médecins, au cours du premier et du second cycle, de connaissances et de concepts communs à la pratique individuelle et à la santé publique

Chaque médecin, quelque soit son mode d'exercice, sera amené à participer à l'amélioration de l'état de santé de la collectivité au sein de laquelle il exercera. Le premier et le second cycle des études médicales devrait être l'occasion d'acquérir des connaissances, des concepts et des méthodes qui lui seront utiles, dans sa pratique future et qui faciliteront sa participation à des actions de santé publique, plutôt que de faire l'objet d'un enseignement « de santé publique » qui ne motive pas réellement les étudiants.

Dans le domaine des connaissances, l'étude de chaque pathologie devrait être l'occasion de développer, plus

que cela n'est réalisé actuellement, les aspects épidémiologiques, les modes de prévention individuels et collectifs, l'impact réel des soins médicaux, leur coût.

Quelques concepts clef tels que le raisonnement épidémiologique, l'approche globale du malade, prenant en considération les dimensions médicales, sociales et éducationnelles de l'individu, le concept de qualité des soins, et celui d'évaluation devraient pouvoir être acquis dès ce stade.

Cette acquisition peut préparer à la participation ou à la mise en oeuvre d'actions de santé publique sans pour autant être d'emblée orientée vers un abord des populations. Les infirmiers formés à la *démarche en soins infirmiers*, n'ont aucune peine à s'adapter au raisonnement de santé publique. En effet, les étapes de ces deux démarches sont strictement superposables, à la différence que l'une est appliquée à un individu et l'autre à une collectivité.

L'épidémiologie clinique serait utile pour le médecin qui exercera une activité clinique, autant qu'elle faciliterait l'accès à l'épidémiologie populationnelle de celui qui se destine à la médecine de santé publique. L'apprentissage de l'évaluation de la qualité de ses propres soins devient nécessaire pour tout médecin et prépare le futur médecin de santé publique à l'évaluation des programmes de santé.

Donner aux médecins qui souhaitent s'orienter vers un métier de santé publique la capacité d'effectuer une démarche globale de santé publique au niveau d'une collectivité.

Pour ce faire ils ont besoin de connaissances supplémentaires quant aux déterminants des problèmes sanitaires et

sociaux les plus importants, mais aussi en démographie, sociologie, économie, droit et éthique appliqués à l'abord communautaire de la santé et de connaissances relatives aux différentes institutions intervenant dans le domaine sanitaire et social. C'est également au cours de ce cycle que doivent être approfondies l'épidémiologie populationnelle, l'analyse de données et l'apprentissage de l'utilisation d'outils informatiques spécifiques et que devrait être réalisée la sensibilisation aux méthodes d'organisation, de gestion par objectifs, de promotion de la qualité et d'évaluation des programmes de santé.

Ces différents éléments figurent théoriquement dans les programmes des D.E.S. Ils auraient besoin d'être plus opérationnels et mieux intégrés dans un cursus global.

Dans un tel schéma, les écoles telles que l'École Nationale de Santé Publique, libérées des formations de base qu'elles doivent aujourd'hui assurer, auraient pour rôle la préparation à un emploi déterminé par un apprentissage pratique de la pluridisciplinarité. Elles seraient également l'un des lieux où devraient se développer l'apprentissage et la pratique de la recherche opérationnelle en santé publique et l'adaptation de techniques nouvelles telles que la prospective et l'analyse de scénarios, par exemple. Elles pourraient également servir de cadre à une confrontation dynamique des expériences.

La formation continue: une adaptation pragmatique à l'évolution des méthodes et des métiers.

Plus encore que pour les formations initiales, la définition d'une politique de santé publique devrait permettre d'énoncer clairement les différents métiers qu'exercent les médecins de santé publique. Cet énoncé est le préalable qui permettra de mieux finaliser les forma-

tions continues qui leurs sont proposées. Aux formations actuelles, souvent réalisées sous forme de diplômes d'université et qui demeurent très théoriques devraient progressivement se substituer des formations-actions adaptées aux problèmes à résoudre en situation professionnelle.

Tendre progressivement vers une formation en santé publique de qualité.

Le repérage prospectif des besoins en médecins de santé publique, nous semble essentiel. Le contenu de la formation ne peut pas être défini à partir des seules propositions de la profession médicale. Les universités et les écoles doivent se rapprocher des employeurs publics actuels et futurs, notamment du secteur public. D'une part, il s'agirait de mieux faire percevoir à ces employeurs les potentialités d'utilisation des médecins formés en santé publique au sein de leurs institutions, d'autre part, de mieux connaître les besoins spécifiques des institutions et des collectivités en vue d'adapter les formations.

Les moyens de communication actuels, le développement de l'enseignement à distance, font qu'il n'est sans doute pas indispensable de dispenser partout toutes les formations possibles, mais plutôt de poursuivre le développement de pôles d'excellence accessibles de partout grâce à des conventions entre universités ou entre écoles et universités.

Une réflexion mériterait d'être menée sur la manière d'évaluer les formations et les compétences pratiques sur lesquelles elles débouchent. Réciproquement, ceux qui exercent actuellement une profession de santé publique et qui n'ont bénéficié que d'une formation initiale limitée devraient accepter de remettre en cause leur compétence. L'application de la loi du 20 juillet dernier qui permet la validation d'acquis professionnels pour la délivrance de diplômes

pourrait servir d'appui à cette démarche réciproque.

Enfin il devient urgent d'entreprendre un rapprochement entre pratique de santé publique, enseignement de santé publique et recherche pour la santé publique.

Favoriser la participation des médecins de santé publique à l'enseignement de cette discipline est à la fois un moyen de donner à cet enseignement un caractère plus opérationnel et d'améliorer le niveau de connaissance des praticiens de terrain. A l'inverse, les enseignants de santé publique devraient pouvoir participer de façon plus importante à des activités de santé publique en dehors de l'hôpital. La carrière hospitalo-universitaire est-elle la plus pertinente dans ce domaine? Est-t-il utopique d'imaginer des possibilités de carrière administrativo-universitaire?

Enfin, le nombre d'enseignants dans cette discipline, devrait être augmenté sensiblement.

Pour nous résumer

Si les Français souhaitent conserver les acquis et plus encore progresser, ils ne peuvent pas faire l'économie d'une réorientation de leur système de santé. Dans cette perspective, le développement quantitatif et qualitatif de la formation en santé publique constitue un enjeu majeur.

La pratique, la formation et la recherche en santé publique ne peuvent continuer à évoluer indépendamment sans s'appauvrir.

Le recentrage d'une politique de santé vers des objectifs d'amélioration de la santé est susceptible d'accroître la demande de l'approche de santé publique. Cette approche permet, en effet, de relier, de façon explicite, les priorités retenues, les résultats recherchés et les ressources à mobiliser. Le développement d'organismes divers, privés ou parapublics, proposant des prestations

de professionnels de santé publique, témoigne d'un besoin grandissant de cette discipline médicale.

Pour que la formation en santé publique puisse répondre à cette attente, il est, de notre point de vue nécessaire que le dialogue entre professionnels, enseignants et employeurs s'accroisse rapidement, qu'il soit fondé sur une vision prospective et qu'il débouche sur l'instauration de relations formelles.

René Demeulemeester
Michel Depinoy

La formation en santé publique vue par un médecin directeur de service communal d'hygiène et de santé

Lorsque j'ai eu à prendre cette fonction, juste avant la décentralisation, le Ministère de la Santé qui donnait alors son avis sur le recrutement, exigeait une formation en santé publique. Titulaire alors du CES de Santé Publique, cette exigence m'a paru normale et saine, même si je dois dire aujourd'hui que la pratique sur le terrain m'a apporté beaucoup en complément.

Avec quelques années de recul, cette formation qui me paraît toujours indispensable, aurait avantage à être plus adaptée et surtout mieux reconnue.

Une formation qui me paraît indispensable

Il est sûr que sans formation, on peut être assez démuné pour prendre des décisions dans des domaines aussi divers et variés tels que :

- une pollution sur un réseau d'eau potable,
- la mise en place de mesures prophylactiques d'une méningite cérébro-spinale,
- l'élaboration d'un programme de prévention pour des jeunes en recherche d'emploi,
- la coordination d'un groupe de travail sur l'accès aux soins des populations défavorisées,
- la direction d'un service de vaccinations internationales,
- la mise en place d'actions de prévention de la toxicomanie au sein du Con-