

La formation en santé publique

Un domaine en mutation

dossier



En

décembre 1992, le premier numéro de la revue *Actualité et dossier en santé publique* était consacré à la formation en santé publique. L'éditorial soulignait deux caractéristiques de ce domaine, qui avaient considérablement compliqué la réalisation du dossier. Il s'agissait, d'une part, de la difficulté à définir la santé publique, domaine d'action qui se situe au carrefour de plusieurs disciplines scientifiques et, d'autre part, du foisonnement et de l'éclatement des formations proposées. Quinze ans plus tard, ces deux caractéristiques nous paraissent encore d'actualité. Il est toujours aussi difficile de définir le champ de la santé publique¹ aux multiples métiers et recenser l'offre de formation, dispersée géographiquement,

Bernard Cassou

Professeur de santé publique, UFR Paris-Île-de-France-Ouest, UVSQ


1. Dans ce dossier, le champ de la formation en santé publique n'inclut pas la santé au travail et la médecine légale, deux disciplines qui font partie de la section 46 du Conseil national des universités au côté des biostatistiques, de l'épidémiologie, de l'économie de la santé et de la prévention.



reste un exercice périlleux. Ce nouveau dossier est divisé en deux parties : la description de l'offre de formation en santé publique et la présentation des projets de réorganisation de cette offre. Comme d'habitude dans les dossiers de la revue, un espace est consacré à des regards critiques sur la question traitée.

Il faut constater que, depuis quinze ans, le paysage de la santé publique a beaucoup évolué consécutivement à la montée de préoccupations liées à des problèmes de santé dans la vie économique, sociale et politique. La création des agences sanitaires, des observatoires de la santé, l'accroissement du rôle des collectivités territoriales en santé publique, la promulgation de la loi de santé publique d'août 2004 qui définit plusieurs dizaines d'objectifs, la mise en œuvre et le suivi des plans sanitaires comme le Plan cancer ont accru le besoin de formation en santé publique. Observer et surveiller la santé des populations, analyser les problèmes pour faire émerger des solutions, planifier, organiser et conduire les actions collectives avec la population et ses représentants, évaluer l'efficacité, l'efficience et l'utilité des actions nécessitent des professionnels compétents dans les différentes disciplines qui permettent de réaliser les fonctions précédentes.

Face à la montée des besoins en professionnels de santé publique, l'offre de formation est en cours de réorganisation autour d'instituts universitaires (il n'en existe actuellement en fait qu'un seul à Bordeaux), d'écoles doctorales, de pôles interuniversitaires multirégionaux et pour rassembler ; le tout d'une École des hautes études en santé publique. La structure de formation une fois renouvelée, ce qui donnera plus de visibilité et de cohérence aux enseignements, il va falloir aussi aborder les questions de contenu, de pédagogie et d'évaluation des formations. Quelles sont les bases méthodologiques indispensables à toute activité de santé publique ? Quelles sont les compétences attendues pour répondre aux demandes de santé des populations et comment juger ces compétences ? Comment évaluer les enseignants et les enseignements ? Comment articuler formation théorique et formation pratique en ne perdant pas de vue la nécessaire pluridisciplinarité de la santé publique ? Comment s'assurer d'une mise à jour régulière des compétences des professionnels, voire de l'acquisition de nouvelles ? Toutes ces questions sont laissées habituellement à l'appréciation des enseignants et des disciplines en fonction de considérations historiques, locales, voire personnelles sans réelle confrontation et débat public, alors que les réponses engagent de façon importante le type, la qualité et l'utilité des actions de santé publique. De plus, certains domaines comme la formation à la promotion de la santé, à l'éducation sanitaire, à l'analyse des services de santé et à l'éthique en santé publique sont laissés en friche. La réforme dite « LMD »² va par contre permettre l'ouverture des formations à l'espace européen.

Comme le soulignent François Grémy et Jean de Kervasdoué dans leurs tribunes, la culture de santé publique, notamment son niveau d'approche populationnel et ses méthodes, est peu répandue chez les professionnels de santé, les décideurs du monde économique et politique et plus généralement dans la population. C'est ce qui explique, en grande partie, le retard de la France (tout relatif) par rapport aux autres pays industrialisés tant dans la formation des professionnels de santé publique que dans l'utilisation d'une démarche de santé publique dans la conduite des interventions de santé au niveau populationnel. La nécessité d'une offre de formation spécifique aux problèmes populationnels de santé n'est pas suffisamment perçue comme une exigence nécessaire à la poursuite de l'amélioration de la santé des Français et à la réduction des inégalités sociales dans le domaine de la santé. 

2. Nouveau découpage des années universitaires en trois étapes : licence, master et doctorat.

Les formations en santé publique

Les formations en santé publique sont dispensées, d'une part, à l'École nationale de la santé publique de Rennes et, d'autre part, dans des cursus universitaires, dont certains se sont organisés en pôles d'enseignement. Ces formations, dispersées géographiquement, souffrent d'un manque de coordination et de visibilité.

L'offre actuelle de formation en santé publique en France

Il s'agit de dresser un état des lieux de la formation en santé publique en France à l'heure actuelle, en s'appuyant sur l'organisation et le contenu des études.

Suite au premier état des lieux dressé dans le n° 1 d'*adsp* consacré à la formation en santé publique, il est apparu intéressant de faire le point sur l'offre de formations dans le domaine près de quinze ans après. D'autant que le paysage s'est récemment modifié grâce aux réformes des études universitaires.

Dans un premier temps, il a fallu déterminer de façon opérationnelle le champ de la santé publique. De manière générale, la santé publique est définie par l'étude de l'état de santé de la population. D'une part, l'analyse des déterminants physiques, psychosociaux et socioculturels et, d'autre part, l'étude des actions en vue d'améliorer la santé de la population. Ainsi on parle de « santé publique » pour évoquer des problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services de santé et l'administration des services de soins. La santé publique est donc un champ disciplinaire autonome qui traite de la santé

collective sous tous ses aspects : curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux.

Cependant, pour se former à l'étude de l'état de santé d'une population, il est nécessaire d'opter pour une approche disciplinaire. On distingue donc les disciplines fondamentales de la santé publique que sont l'épidémiologie, les biostatistiques, l'économie de la santé et la sociologie de la santé. Des approches complémentaires sont également pertinentes : le droit, l'éthique, l'éducation pour la santé et l'environnement. Le système de formation français est ainsi conçu qu'il est pratique d'utiliser ce « découpage » disciplinaire pour présenter l'offre de formation. Néanmoins, il est théorique et artificiel car non adapté à la réalité de la pratique des professionnels de santé publique.

Puis la question de lister et comptabiliser toutes les formations existantes en santé publique en France s'est posée. L'objet de cet article est de présenter de façon simple les grandes voies de formation. Pour cela, nous nous sommes appuyé sur l'organisation et le contenu de certains diplômes. Il s'agit surtout d'éviter un catalogue rébarbatif et forcément non exhaustif. Par

Emmanuelle Sarlon
Interne de santé publique, service de santé publique, groupe hospitalier Lariboisière – Fernand Widal



La formation en santé publique : un domaine en mutation

contre, c'est dans le cadre plus général d'une réflexion sur l'adéquation entre les capacités de formation et les besoins estimés qu'il serait pertinent d'analyser les types et nombre de diplômes existants.

La plupart des professionnels de santé publique formés travaillent dans des structures variées, publiques ou privées. Selon la formation suivie et l'expérience acquise, on les retrouve au sein des laboratoires de recherche en santé publique, des agences sanitaires, des services de l'administration sanitaire, des services hospitaliers de santé publique, des structures régionales (ARH, ORS) ou locales (PMI, mairie). Mais aussi, dans des laboratoires pharmaceutiques, des cabinets d'études ou de conseil. Les fonctions occupées sont très variables selon les profils : médecins, chercheurs, enseignants, chargés de mission, chargés d'études, informaticiens, techniciens...

Principale voie de formation des professionnels de santé publique : le cursus universitaire classique

Le cursus universitaire classique a récemment été modifié par la réforme universitaire dite « LMD », pour licence, master et doctorat (voir encadré).

La licence est un diplôme national universitaire de niveau bac + 3. Il existe un type de licence que l'on peut rapprocher d'une formation universitaire initiale de santé publique. Ce sont les anciennes licences de « sciences sanitaires et sociales ». Rebaptisées suite à la réforme LMD, elles peuvent présenter des intitulés différents et des contenus variés. Ce sont les licences de sciences de la vie et de la santé (ou de sciences de la vie), mention (ou parcours) « sciences sanitaires et sociales ». Le plus souvent, ce sont des troisièmes années de licence qui proposent des enseignements de santé publique pluridisciplinaires. Il existe également des cursus complets sur trois années. Ces licences ne sont proposées que dans quelques universités françaises (médecine, scientifique, sciences humaines).

Pour être admis, il faut le plus souvent être titulaire d'un Deug, notamment des Deug sciences mention sciences de la vie, mathématiques appliquées et sciences sociales, sciences sociales, économiques, juridiques ou de gestion, ou d'un niveau jugé équivalent des études médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

Les unités d'enseignement (UE) abordent des thèmes variés : introduction aux sciences biologiques et médicales, méthodes en santé publique (biostatistiques, épidémiologie, informatique), économie, gestion, sciences humaines (sociologie, psychologie), droit (santé, social, travail), bioéthique et communication.

Peuvent également entrer dans le champ des formations en santé publique certaines licences plus spécialisées comme celles de biostatistiques, d'économie ou de sociologie de la santé.

Le master est un diplôme national universitaire de niveau bac + 5. Il comprend deux années d'études : la première année de master, ou M1, puis la seconde, ou M2. Les masters sciences de la vie et de la santé ou

de sciences et technologies, mention santé publique, présentent l'intérêt de proposer des formations adaptées et plurielles.

On peut qualifier les premières années de ce type de masters de formation « généraliste ». Ces dernières sont composées d'unités d'enseignement qui abordent des disciplines, des méthodes et des thèmes variés. L'objectif de la formation est de permettre aux étudiants d'appréhender, de comprendre et de traiter les questions sanitaires et sociales de façon multidisciplinaire, cela dans le but d'améliorer l'état de santé des populations.

Répartis sur deux semestres, les modules enseignés sont principalement disciplinaires (biostatistiques, épidémiologie, économie de la santé, sociologie de la santé, droit et santé, anglais) ou méthodologiques, voire thématiques (introduction à la santé publique, organisation du système de santé, santé des populations, environnement, éducation à la santé, modélisation, recherche clinique, communication). Une formation pratique aux outils informatiques nécessaires en santé publique est également proposée (logiciels bureautiques et d'analyse statistique). Un stage pratique, de durée variable, est également réalisé dans une structure de santé publique.

Chaque université propose des architectures propres de M1, mais globalement les enseignements sont proches. Le contrôle des connaissances fait appel à des examens écrits, des présentations orales, et la rédaction et présentation d'un mémoire de stage en fin d'année universitaire.

Certaines premières années de master plus spécialisées peuvent également entrer dans le champ des formations de santé publique : biostatistiques, économie ou sociologie de la santé.

Si l'offre de formation de santé publique en licence et en M1 peut paraître succincte, il n'en est rien pour les deuxièmes années de master. En effet, les masters sciences de la vie et de la santé ou sciences et technologies, mention santé publique, proposent des spécialités variées : épidémiologie, biostatistiques, recherche clinique, économie de la santé, gestion, méthodologie, management de la santé, politique de santé, promotion de la santé...

Il faut préciser que l'on distingue deux types de M2 : les masters « de recherche » et les masters « professionnels » qui correspondent respectivement aux anciens DEA (diplôme d'études approfondies) et DESS (diplôme d'études supérieures spécialisées).

Il serait fastidieux de présenter les enseignements dispensés pour chaque spécialité. Par contre, l'esprit général de ces deux types de formation peut être décrit.

Le mot d'ordre est spécialisation, notamment pour les M2 de recherche. Ces derniers ont pour objectif de former des chercheurs et des professionnels de santé publique de haut niveau. Chaque spécialité est donc axée sur l'apprentissage et la maîtrise des concepts et techniques de la recherche d'une discipline de santé

La réforme « LMD » (licence, master, doctorat)

La mise en place du système LMD en France a pour objectif d'aboutir à la délivrance de diplômes nationaux harmonisés avec l'ensemble de l'Europe. Ce système permet les comparaisons et les équivalences européennes, favorise la mobilité des étudiants et entraîne une meilleure lisibilité des diplômes sur le marché du travail.

La mise en place du système LMD génère un séquençage des études universitaires en trois étapes : les grades de licence, de master et de doctorat correspondent respectivement à bac + 3, à bac + 5 et à bac + 8.

Les diplômes sont répertoriés par domaine (ex : sciences de la vie et de la santé). Au sein de ce domaine, est choisie une mention (ex : santé publique), elle-même éventuellement découpée en spécialités (ex : épidémiologie). Le diplôme obtenu portera le nom de la mention et éventuellement de la spécialité.

La validation de chaque niveau d'études est liée à l'acquisition d'un certain nombre de crédits européens ECTS, pour *European Credit Transfer System*. Chaque grade est organisé en semestres et chaque semestre compte pour 30 crédits ECTS.

Le grade de licence, découpé en six semestres, correspond à l'obtention de 180 crédits ECTS.

Ensuite, le grade de master est organisé en quatre semestres. Il correspond à 120 crédits ECTS supplémentaires après la licence. Il requiert la maîtrise d'une langue étrangère. On distingue généralement deux niveaux : les deux premiers semestres correspondant au master M1 et les deux derniers à celui de master M2. Le M2 peut être « professionnel » ou « de recherche », avec des possibilités de passerelle. Précisons que ce grade fusionne les anciennes maîtrises et troisièmes cycles (DEA et DESS).

Enfin, les diplômés d'un master pourront préparer une thèse de doctorat qui correspond à 480 crédits, soit 180 supplémentaires après le master.

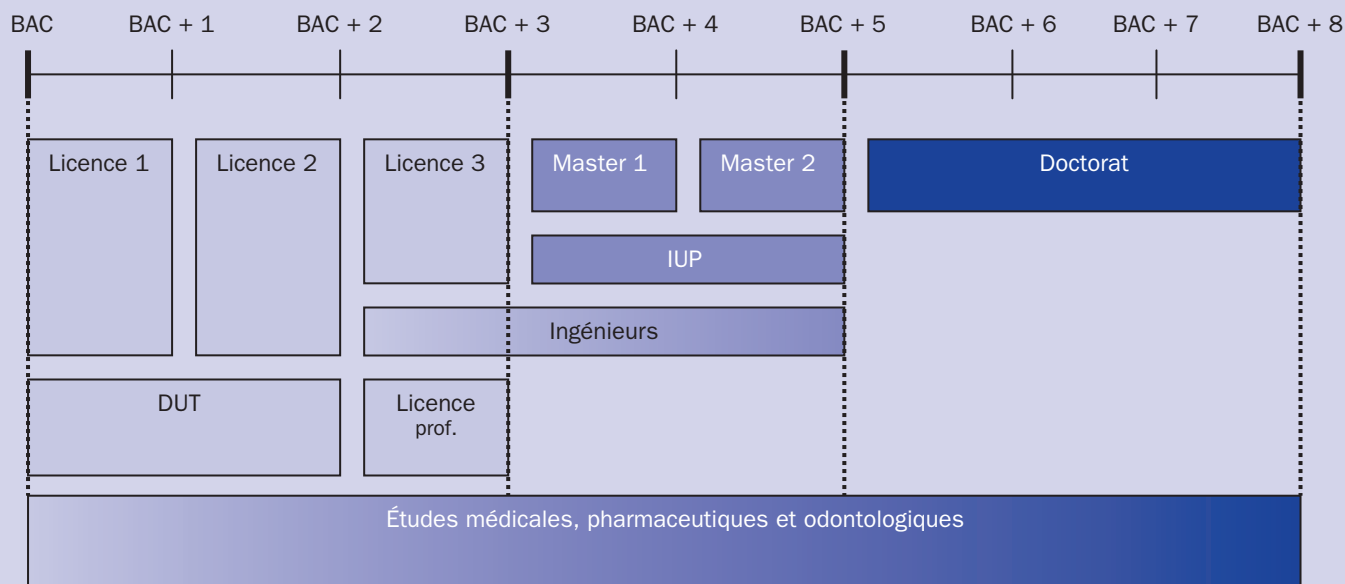
Le système est composé d'unités d'enseignement (UE). Chaque UE a une valeur définie en crédits ECTS et correspond au nombre d'heures de travail que l'étudiant doit fournir pour obtenir son UE (cours, travaux dirigés, travaux pratiques, travail personnel). Une année complète réussie représente 60 crédits, soit 30 crédits par semestre.

Le système européen de crédits ECTS est une méthodologie nouvelle pour la France. S'appliquant à tous les diplômes nationaux, il a l'avantage de favoriser la souplesse entre les parcours. Les ECTS sont également transférables d'un parcours à l'autre et

permettent, par exemple, de valider des périodes d'études effectuées à l'étranger. Ils sont capitalisables puisque toute validation est acquise définitivement quelle que soit la durée d'un parcours. Ils sont applicables à l'ensemble du travail de l'étudiant (enseignements, stages, mémoires, projets...). L'étudiant est donc pleinement acteur de son parcours de formation. À chaque étape, il peut réaliser des choix adaptés à son projet d'études et professionnel.

Informations complémentaires, textes ministériels

- Décret relatif aux grades, titres et diplômes (8 avril 2002)
- Décret portant application de l'Espace européen de l'enseignement supérieur (8 avril 2002)
- Arrêté relatif au grade de licence (23 avril 2002)
- Arrêté relatif au grade de master (25 avril 2002)
- Arrêté relatif au DESS (25 avril 2002)
- Arrêté relatif aux études doctorales (25 avril 2002)
- Circulaire de mise en œuvre du schéma LMD (14 novembre 2002)





La formation en santé publique : un domaine en mutation

publique. L'année universitaire comporte des enseignements théoriques, des travaux pratiques et des mises en situation. Dans la majorité des cas, un stage pratique d'un semestre dans une structure de recherche (laboratoires Inserm, Inra...) est réalisé. Le contrôle des connaissances fait appel à des examens écrits, des présentations orales et la rédaction et présentation d'un mémoire de stage en fin d'année. Le M2 recherche peut mener à la préparation d'un doctorat.

Les M2 *professionnalisant* ont pour objectif de former des professionnels de santé publique polyvalents et autonomes. Les spécialités sont donc souvent plus larges que celles des M2 de recherche : méthodologie et statistiques en recherche biomédicale, économie et management des services de santé... Comme précédemment, la formation s'appuie sur des cours théoriques, des travaux pratiques et des mises en situation. Un stage pratique d'un semestre dans une structure de santé publique (laboratoire pharmaceutique, administration de la santé, cabinet de conseil...) doit être réalisé. L'intérêt de ce diplôme est de pouvoir entrer directement dans le monde du travail en fin d'année universitaire. Ces diplômes sont donc axés sur la mise en pratique des enseignements dispensés ; les étudiants sont rapidement mis en situation afin de développer leurs compétences sur le terrain. Le contrôle des connaissances passe également par des examens écrits, des présentations orales, et la rédaction et présentation d'un mémoire de stage en fin d'année.

La plupart de ces diplômes sont rattachés à des facultés de médecine, de pharmacie, voire de sciences, ou à l'unique faculté de santé publique française, l'ISPED à Bordeaux. Malgré cela, il faut préciser que les enseignements sont très souvent délivrés par des personnes n'appartenant pas au corps médical mais ayant une expertise reconnue dans leur discipline. De plus, l'offre tend à s'élargir car des structures comme l'École centrale de Paris, l'Institut d'études politiques ou le Conservatoire national des arts et métiers proposent, à leurs étudiants ainsi qu'à des personnes extérieures, des deuxièmes années de master orientées santé publique.

Le doctorat est un diplôme national universitaire de niveau bac + 8. Il comprend au moins trois années d'études universitaires. Plusieurs écoles doctorales de santé publique existent en France (Paris, Bordeaux). Les thèses sont réparties par spécialités scientifiques : épidémiologie, biostatistiques, économie de la santé, sociologie de la santé... Il s'agit de former des chercheurs de santé publique de haut niveau. L'obtention de la thèse passe par sa rédaction et sa présentation devant un jury de professionnels et de chercheurs reconnus dans la discipline.

Les diplômes d'université sont délivrés par chaque université. Ces dernières sont autorisées à délivrer les diplômes de leur choix, correspondant à une politique pédagogique locale. Les diplômes d'université ne sont pas reconnus au plan national. Ils sont très nombreux, de dénominations diverses et de durée

et coût variables. Parmi ces types d'enseignement, on distingue : le DU ou diplôme d'université, le DIU ou diplôme interuniversitaire, et l'AEA ou attestation d'études approfondies, sans compter les attestations de participation, de présence, d'études ou de stage. Plusieurs catalogues répertorient les diplômes existants (*Quotidien du médecin*, banque de données en santé publique, faculté de Bordeaux...). Citons par exemple un DIU organisé par le Centre d'enseignement de la statistique appliquée à la médecine et à la biologie médicale (Cesam), qui propose des cours de formation pratique à l'utilisation des méthodes statistiques dans le domaine biomédical ainsi qu'aux méthodes de l'épidémiologie et de la recherche clinique.

Enfin, certaines formations délivrées par les instituts universitaires professionnels (IUP) sont à rapprocher des formations initiales de santé publique. Ce sont, par exemple, les IUP « ingénierie de la santé » mention « économie et gestion des organisations de santé » ou « politiques sociales et santé publique ».

Formation des médecins spécialistes de santé publique : l'internat

Lors des études médicales, la formation en santé publique est relativement succincte. Les étudiants de premier et second cycles, (de la première à la sixième année d'études) abordent la santé publique par des modules d'enseignement traitant des biostatistiques et éventuellement d'épidémiologie, de recherche clinique et d'organisation du système de santé. L'apprentissage médical est avant tout centré sur la pathologie et le patient, au détriment d'une vision plus globale de l'individu et de son environnement.

C'est à partir du troisième cycle qu'une spécialité médicale est entièrement dédiée à la santé publique : l'internat de santé publique (voir encadré). Comme pour les autres spécialités, les étudiants y accèdent par l'examen classant national. Peu de places sont proposées chaque année. À titre d'exemple, en 2005, 70 postes nationaux sur 4 803 étaient disponibles lors du choix. Cette « petite » spécialité est donc assez méconnue, mais elle présente un réel intérêt pour le système de santé. L'objectif est de former des médecins spécialistes de santé publique dont les compétences sont développées pour prendre en charge les problèmes sanitaires d'une population. Avant tout, il s'agit de travailler en toute complémentarité avec les cliniciens et les autres professionnels de santé publique. L'intérêt est de pouvoir faire appel à un véritable spécialiste de santé publique, le plus souvent polyvalent, capable d'organiser, d'analyser, de planifier et d'évaluer des études, des situations, des actions, des produits... La formation dure quatre à cinq années, elle comprend des enseignements théoriques spécifiques (module du DES) et classiques (master et doctorat), ainsi que huit semestres de stage dans des structures de santé publique variées : hôpital, recherche, veille sanitaire, administration de la santé, industrie pharmaceutique...

Lien Internet ministère de l'Éducation nationale pour la liste des diplômes : www.onisep.fr

Lien Internet *Quotidien du médecin* pour catalogue des DU : www.quotimed.fr (s'inscrire pour accéder au catalogue)

L'internat de santé publique

Suite à l'examen national classant, qui clôture leurs six premières années d'études, les étudiants en médecine doivent choisir parmi plusieurs spécialités. Il en existe une tout aussi singulière que dynamique : la santé publique.

L'objectif du DES de santé publique et de médecine sociale est de former des médecins spécialistes de haut niveau à prendre en charge les problèmes sanitaires d'une population, ce en étant conscient des limites de l'exercice.

La démarche intellectuelle est similaire à celle du médecin clinicien : diagnostic, traitement et suivi. L'originalité est que l'on raisonne à l'échelon collectif. Les compétences à acquérir sont donc l'analyse de l'état sanitaire des populations, ce dans une optique épidémiologique mais aussi sociologique et économique. Puis vient le temps de l'organisation avec la mise en place de programmes et d'actions, ainsi que la planification au niveau du système de soins et de veille sanitaire. Enfin, ces médecins sont chargés de l'évaluation des actions, des produits et des procédures.

Les études de médecine préparent peu les futurs internes à cette spécialité. Il importe donc d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques dans les disciplines fondamentales : l'épidémiologie, les biostatistiques, la sociologie de la santé et l'économie de la santé. L'enseignement théorique se répartit au fil des quatre années d'internat en apprentissage des bases (modules du DES ou master M1), puis en spécialisation (master M2).

L'atout majeur de cette spécialité est la réalisation concomitante de stages pratiques (huit semestres, dont au moins quatre dans des services agréés pour le DES). Ils peuvent être regroupés en grands pôles :

- les agences sanitaires et statistiques de la santé : Institut de veille sanitaire, CIRE,

observatoires régionaux de la santé, Haute Autorité en santé...

- l'administration du système de santé : directions régionales des Affaires sanitaires et sociales, agences régionales de l'hospitalisation, assurance maladie, direction générale de la Santé, direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de soins...

- l'industrie pharmaceutique : activités de pharmaco-économie et de recherche clinique;

- l'étude des populations et des pathologies : EDF, Epicentre, Institut Pasteur, Institut recherche et développement, mutuelles...

- les biostatistiques, l'information médicale et la recherche clinique (services hospitaliers);

- la recherche en santé publique : unités de recherche Inserm;

- la santé publique hospitalière (services hospitaliers);

- les sciences humaines : économie, éducation pour la santé, sociologie, éthique...

Il faut souligner l'importance d'une formation pluridisciplinaire, mais aussi plurinstitutionnelle, les stages d'internat étant réalisés dans des structures qui ne sont pas uniquement hospitalières. Tout en étant guidé par ses pairs, l'interne peut alors prendre contact avec la réalité des problèmes de santé publique, analyser les enjeux en place, proposer des solutions adaptées et les évaluer.

À la fin de l'internat, l'obtention du DES requiert trois conditions : la validation des modules théoriques de base (directement ou par équivalence), la réussite à un diplôme de troisième cycle dans une des disciplines fondamentales de santé publique et la réalisation d'au moins quatre des huit semestres dans des stages agréés pour la spécialité.

Bien que cela ne constitue pas une règle, plusieurs types de cursus peuvent être décrits :

- Un parcours « généraliste » de médecin spécialiste de santé publique : le point fort est l'acquisition d'une bonne expertise transversale des compétences de la spécialité. C'est plus souvent l'étude d'un thème ou le suivi d'une population qui dominent le parcours. Cela implique que la plupart des stages pratiques soient réalisés dans des structures de santé publique variées et adaptées : recherche, veille sanitaire, administration et soins.

- Un parcours « spécialisé » de médecin spécialiste de santé publique : dans ce cas, l'expertise est plutôt longitudinale, à savoir dans le champ de l'analyse puis dans une discipline fondamentale. Le parcours de l'interne se focalise alors souvent sur certains terrains de stages : recherche, veille sanitaire. Pour la plupart, ce sont des médecins épidémiologistes, biostatisticiens, économistes ou sociologues. Fréquemment, ils ont obtenu un doctorat de science en plus de leur thèse de médecine. Ce sont donc des « doubles docteurs ».

- Un parcours « clinique » de médecin spécialiste de santé publique : certains internes optent pour un cursus alliant santé publique (le plus souvent une formation en épidémiologie ou en recherche clinique) et clinique (en réalisant un DESC : gériatrie, nutrition, infectieux...).

Sites à consulter

- Collège de liaison des internes de santé publique (CLISP) : www.clisp-asso.org

- Association des internes de santé publique d'Île-de-France (SPi) : www.internatsantepub.org

Formation en santé publique des professionnels paramédicaux de la santé

Dans le cadre des formations initiales du personnel paramédical, sont délivrés des enseignements théoriques de base de santé publique : infirmier, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste... Par exemple, la préparation du diplôme d'État d'infirmier requiert la validation d'un module théorique obligatoire comprenant des cours de démographie, de biostatistiques,

d'économie de la santé et d'organisation du système sanitaire. Pendant le second cycle des études de masso-kinésithérapie, un module de cours traite de prévention et de promotion de la santé, un autre de droit, d'éthique et de gestion.

Cependant, à notre connaissance, il n'existe pas de voie de formation spécifique comme pour le corps médical. Les professionnels paramédicaux intéressés ont par contre recours à la formation universitaire classique (master).



La formation en santé publique : un domaine en mutation

Formation des professionnels de santé publique de l'administration sanitaire

L'École nationale de santé publique est un institut public délivrant des formations professionnelles de niveau supérieur. Elle a vocation à recruter et former les différents corps de métier de l'administration de la santé. Notamment les directeurs d'hôpitaux, les directeurs de soins ou d'établissement sanitaires et sociaux, les ingénieurs d'études sanitaires, les inspecteurs des Affaires sanitaires et sociales, les médecins de l'Éducation nationale, les médecins inspecteurs de santé publique et les pharmaciens inspecteurs de santé publique. Ces formations sont accessibles sur concours administratif par voie interne ou externe. Les profils des candidats sont donc variés : des étudiants disposant des conditions requises pour concourir (formation initiale) ou des fonctionnaires désireux de voir évoluer leur carrière (formation continue).

Les enseignements se répartissent selon les cursus en une à deux années. Ils s'organisent sur le principe de l'alternance : cours théoriques à l'école et stages pratiques au sein des structures qui accueillent les élèves diplômés. Un mémoire doit être préparé pour la fin de cursus et la validation des années de formation passe par le contrôle continu.

Il faut ajouter que ces grandes voies de formation ne sont pas figées. En effet, de nombreux professionnels de santé et de santé publique ont recours aux masters dans le cadre de la formation continue. Ainsi, les promotions universitaires comportent souvent des étudiants issus de cursus et d'instituts variés. Cette mixité est d'ailleurs nécessaire pour favoriser l'insertion professionnelle future des étudiants.

Après ce tour d'horizon, quels enseignements tirer de ce panel d'offres de formation ?

Il existe des points positifs dans l'évolution de l'offre de formation. La mise en place de la réforme LMD a permis de regrouper et clarifier les formations proposées dans le champ. L'offre tend à s'améliorer qualitativement et quantitativement. Les diplômes délivrés ont une valeur européenne, ce qui favorise la mobilité des étudiants et des professionnels.

L'élément fondamental qui reste cependant à améliorer est l'absence de réelle formation universitaire de santé publique pluridisciplinaire, type « tout en un ». Pour les M1, il existe une amélioration générée par la nécessité de regrouper des enseignements de base de santé publique, enseignements précédemment éparpillés dans différentes formations. Néanmoins, il demeure une lacune d'information et de vision à plus long terme pour les formations de troisième cycle (M2) et les carrières qui peuvent en découler. Pour les M2, à notre connaissance, il n'existe pas de master de santé publique à proprement parler. Ne sont proposés que des « masters mention santé publique », avec un découpage par spécialités sans réelle connexion entre les disciplines. Or l'essence même de la pratique de santé

publique est la mobilisation simultanée de principes, concepts et méthodes différents mais complémentaires. Certains responsables de M2 tendent toutefois à se rapprocher de véritables formations pluridisciplinaires de santé publique.

Ce cloisonnement des formations de haut niveau est délétère pour la création de passerelles et pour l'évolution de carrière des professionnels. Il est clair que l'expérience professionnelle dans ce domaine ne s'acquiert qu'en travaillant dans différentes structures et avec des équipes variées.

Par ailleurs, il semble plus que nécessaire de développer en formation initiale des approches pratiques et de terrain en santé publique. Cela est valable notamment pour sensibiliser les étudiants en médecine ainsi que le personnel paramédical en formation, futurs acteurs du système de santé.

Enfin, il serait également nécessaire de proposer dans chaque diplôme une réelle formation en langues étrangères, surtout en anglais.

Des initiatives récentes démontrent que l'offre de formation en santé publique poursuit son amélioration notamment le Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et l'Institut des études politiques de Paris (IEP) ont créé de nouveaux enseignements. La création d'un master européen de santé publique, Europublichealth, en partenariat avec différentes écoles et facultés, en est un exemple (Danemark, Espagne, Pologne, France, Angleterre). Cependant, certaines formations de santé publique « *nec plus ultra* » resteront des modèles à développer en France. L'Harvard Public School of Public Health propose, par exemple, un master de santé publique avec des objectifs de formation précis et adapté à la réalité des offres d'emplois et des postes proposés en fin de cursus. Les enseignements théoriques et pratiques comportent des modules de pharmaco-économie, de santé familiale et communautaire, de management du système de santé, de santé internationale, de droit et santé publique, de santé environnementale et physique, et de méthodes quantitatives (biostatistiques, épidémiologie, démographie). De même, en Belgique, l'Université libre de Bruxelles organise un master de santé publique dont l'objectif clairement affiché est de former des professionnels de santé publique totalement autonomes. Les grands modules enseignés traitent de méthodes statistiques, de méthodes épidémiologiques, de planification et management, et de communication et d'information du public.

Ainsi, dans le cadre de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la création de l'École des hautes études de santé publique ainsi que le développement de l'Institut virtuel de recherche en santé publique (regroupant l'Inserm, la DGS, l'InVS, l'Inpes et divers organismes de protection sociale) sont des éléments moteurs pour aider à développer une réelle culture et pratique professionnelle de santé publique afin de relever les défis sanitaires de demain. ✎

Quelques pôles structurés de formation et de recherche en santé publique

L'un des buts de ce dossier est de présenter l'offre de formation en santé publique en France, sans prétendre en faire un recensement exhaustif. Nous avons été, comme probablement toute personne souhaitant suivre un enseignement de santé publique, intimidé par le nombre de formations proposées. Celles-ci concernent de multiples thèmes, fonctions et disciplines dans toutes les villes universitaires. Face à ce foisonnement, Emmanuelle Sarlon (voir partie précédente) a privilégié la déclinaison des formations selon le cursus universitaire.

Nous avons décidé également de présenter succinctement quelques lieux de formation qui nous paraissent intéressants par leur place dans l'histoire de l'enseignement de la santé publique en France ou parce qu'ils regroupent plusieurs disciplines de la santé publique (épidémiologie, économie, sociologie, etc.) et adossent leurs enseignements à des laboratoires ou unités de

recherche. Nous avons identifié ainsi six lieux selon ces critères. Ces lieux sont présentés sous forme d'encadré. Une brève présentation de l'internat en santé publique, filière qui forme depuis 1984 une centaine de médecins spécialistes en santé publique par an est faite en page 21.

En croisant les mots « institut fédératif de recherche, école, école doctorale, pôle d'enseignement » avec le mot « santé publique », les moteurs de recherche sur la toile nous renvoient... à ces six ensembles. Cela nous a rassuré quant aux choix de nos critères. Évidemment, ces six lieux, deux à Paris et quatre en province, ne résumant pas toute l'offre de formation et nombreuses sont les villes universitaires qui proposent sur un ou plusieurs thèmes ou disciplines un enseignement de haut niveau, essentiellement dispensé en 3^e cycle universitaire. À chacun de faire son choix en fonction de ses préoccupations. ✎

Bernard Cassou
Professeur de santé publique, UFR Paris-Île-de-France-Ouest, UVSQ

École de santé publique (ESP), Faculté de médecine, Nancy-université

Connaitre et améliorer la santé des populations, être à l'écoute des personnes

L'ESP propose des formations appuyées sur ses activités de recherche, enracinées dans la pratique et l'expérience. Son expertise s'étend dans le domaine de l'évaluation des thérapeutiques et de la prévention, appliquées à la cancérologie et aux maladies chroniques, et axées sur la perception des patients.

Objectifs de formation de l'ESP

L'ESP s'adresse aux étudiants (formation initiale), ainsi qu'aux professionnels déjà en exercice — médecins ou non —, qui souhaitent approfondir leurs connaissances ou se former pour un nouveau projet professionnel (formation continue), soit environ 1 000 étudiants par an.

Pour faciliter l'accès aux formations, les modalités d'enseignement sont diversifiées : cursus à Nancy (licence/master : 60 nouveaux étudiants chaque année), par correspondance (licence : 150 nouveaux étudiants chaque année) ou par Internet (diplôme d'université de santé publique : 150 nouveaux étudiants chaque année). Les formations sont ainsi suivies par de nombreux étudiants étrangers.

L'ESP propose deux masters de santé publique « Épidémiologie et Recherche clinique » et « Evaluation des actions de santé » intégrés dans le réseau des pôles interuniversitaires multirégionaux de santé

publique (PIMSP) Grand-Est (Bourgogne, Franche-Comté, Champagne, Alsace et Lorraine), et un master « Proj & Ter », associé à l'Université Nancy 2, et l'Institut national polytechnique de Lorraine. L'ESP est associée à l'école doctorale « Biologie-Santé-Environnement » de Nancy 1, et accueille annuellement 5 doctorants.

Thématiques de recherche

Baptisée « Risques, maladies chroniques et société : des systèmes biologiques aux populations » (équipe d'accueil EA 4003, labellisée par le ministère de la Recherche), notre équipe de recherche se compose d'une dizaine de chercheurs et d'enseignants-chercheurs, et d'autant de professionnels de santé (médecins, pharmaciens...).

Nos travaux portent sur deux thématiques principales :

- évaluation de la prévention et des soins des maladies chroniques : développement d'instruments de mesure de l'état de santé des patients, permettant d'évaluer l'efficacité des traitements (néphrologie, polyarthrites, maladies cardio-vasculaires...) et de la prévention (nutrition...);
- recherche clinique en oncologie, en association avec le centre anticancéreux de Nancy : recherches sur l'efficacité des traitements anticancéreux.

Encore peu répandue. l'utilisation des instruments

Serge Briançon
Professeur de santé publique, directeur de l'École de santé publique



La formation en santé publique : un domaine en mutation

de mesure de qualité de vie est appelée à se développer dans le futur.

Cette activité de recherche s'est concrétisée en 2005 par :

- 31 articles publiés,
- 40 communications avec actes ou publications,
- 38 communications sans publications,
- 15 conférences invitées dont 4 internationales,
- 7 thèses d'université,
- 10 thèses de médecine.

Activités d'expertise en santé publique

L'ESP apporte conseils, appuis méthodologiques et techniques en matière de recherche, formation, conduite de projets. À ce titre, l'école collabore avec de nombreux partenaires régionaux (Drass, Ddass, ARH, Urcam...), nationaux et internationaux.

L'ESP contribue ainsi à mesurer la santé, les comportements et les perceptions des Lorrains adultes (étude Canevas 1998, 2001 et 2004) et des adolescents (enquête OMS-HBSC 2002), et à évaluer l'efficacité des programmes régionaux de lutte contre les dépendances aux produits, le suicide, la précarité... ↩

École de santé publique

Faculté de médecine, Nancy-université
9 avenue de la Forêt-de-Haye
BP 184
54505 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Téléphone : 03 83 68 35 10
Télécopie : 03 83 68 35 19
Courriel : Serge.briancon@medecine.uhp-nancy.fr

École doctorale 420 « Santé publique Paris 11-Paris 5 »

Denis Hémon
Directeur de l'École
doctorale 420

L'École doctorale « Santé publique Paris 11-Paris 5 » (ED420) des universités Paris-Sud et René Descartes assure la formation doctorale d'étudiants ayant bénéficié d'une formation de niveau « master recherche » relevant des différentes spécialités intéressantes le domaine de la santé publique (épidémiologie, biostatistiques, génétique statistique, économie de la santé, recherche clinique, sociologie de la santé).

Elle est constituée par un ensemble de laboratoires et d'équipes de recherche du sud de l'Île-de-France qui développent leurs travaux scientifiques dans le domaine de la santé publique et comporte six spécialités : Épidémiologie, Biostatistique, Génétique statistique, Économie de la santé, Recherche Clinique, Sociologie de la santé.

La formation, dispensée sur trois ans, comporte la préparation d'une thèse et la participation à différentes activités de formation : séminaires de suivi des doctorants, séminaires doctoraux, doctoriales.

La thèse

Le contenu scientifique d'une thèse doit correspondre à celui de trois articles originaux signés en première position par le doctorant et publiés dans des revues de niveau international de son domaine de recherche. *Deux articles déjà publiés sont exigés pour que la soutenance de la thèse soit autorisée.*

La durée de préparation de la thèse est de trois ans, à titre dérogatoire, une 4^e année d'inscription peut être accordée par les autorités universitaires, sur justification et présentation détaillée d'un état d'avancement des travaux.

Le suivi des thèses et les « séminaires des doctorants »

Chaque année, deux « séminaires des doctorants »

sont organisés au cours desquels sont exposés et discutés les travaux de thèse en cours. Tous les doctorants participent à ces séminaires. Chacun d'entre eux doit présenter l'avancement de ses travaux au moins une fois au cours de la préparation de sa thèse, en principe en cours de 2^e année.

Les séminaires doctoraux

Chaque année, des « séminaires doctoraux », tous différents d'une année sur l'autre, sont organisés. Chaque doctorant doit participer à au moins deux des séminaires proposés. Ces séminaires sont l'occasion pour les doctorants de prendre connaissance de façon approfondie d'un domaine de recherche particulier : état général des connaissances, problématiques de recherche actuelles, aspects méthodologiques spécifiques...

Les doctoriales

Les universités de rattachement de l'ED420 organisent régulièrement des « doctoriales », séminaires qui ont pour objectif d'aider les doctorants dans la recherche d'une insertion professionnelle post-doctorale. La participation à une « doctoriale » au cours de la préparation de la thèse est vivement recommandée, particulièrement dans l'année qui précède la soutenance. ↩

Secrétariat de l'ED420, Inserm U754

16 avenue Paul-Vaillant-Couturier
94807 Villejuif Cedex
Téléphone : 01 45 59 52 56
Télécopie : 01 45 59 51 51
Courriel : ED420@vjf.inserm.fr
Site : <http://IFR69.vjf.inserm.fr>

L'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED)

Louis Rachid Salmi
PU-PH,
directeur de l'ISPED

L'ISPED est une structure unique en France, car c'est la seule composante universitaire non médicale dont l'objet est l'enseignement et la recherche en santé publique. Elle a un statut Institut article 33 de la loi Savary, au même titre par exemple que les instituts d'études politiques, et est insérée dans une université à vocation santé et sciences humaines et sociales (université Victor Segalen Bordeaux 2).

Les objectifs pédagogiques de l'ISPED

1. permettre aux étudiants d'acquérir les connaissances et les capacités nécessaires à la maîtrise des méthodes pour l'analyse des grands problèmes de santé et la mise en œuvre des actions de santé publique;
2. optimiser leur insertion dans les milieux académiques et professionnels;
3. favoriser la formation continue en santé publique;
4. s'ouvrir à des publics francophones, notamment dans les pays en développement.

Son offre de formation comporte des diplômes nationaux, dans le cadre du LMD, et des diplômes universitaires.

Diplômes nationaux

L'ISPED propose à des publics variés deux licences et deux mentions de master.

- La « licence en sciences sanitaires et sociales » est essentiellement ouverte en formation continue pour des professionnels de santé, qui obtiennent ainsi une formation en santé publique complémentaire d'une préparation du diplôme de cadre de santé.
- La « licence professionnelle en promotion de la santé et éducation pour la santé » est ouverte en formation initiale et continue ; elle forme des professionnels capables d'identifier les besoins de communautés en éducation pour la santé et promotion de la santé, et de les articuler avec des demandes institutionnelles.
- Le « master mention santé publique », entre le domaine de formation sciences de la vie et de la santé de l'université. Il propose un socle commun, 1^{re} année (M1) généraliste, débouchant en 2^e année (M2) sur une spécialité recherche et six spécialités professionnelles. Le deuxième semestre du M1 est consacré à des enseignements optionnels d'orientation vers les spécialités du M2 et à un stage.
- Le M2 de recherche, intitulé « Épidémiologie et biostatistiques » propose un tronc commun et trois options : « épidémiologie d'intervention », « épidémiologie clinique » et « biostatistiques » ; cette spécialité recherche s'appuie sur les unités de recherche de

l'Institut fédératif de recherche 99 et permet aux étudiants de s'inscrire en doctorat à l'école doctorale « Sciences biologiques et médicales ».

- Les M2 professionnels offrent des formations dans les spécialités suivantes : « épidémiologie » ; « évaluation des actions et des systèmes de santé » ; « management des organisations médicales et médico-sociales », « promotion de la santé et développement social », « santé publique internationale » et « statistique appliquée aux sciences sociales et de la santé ».
- Un M2 spécialité « Ergonomie, conception des systèmes de travail et santé » est proposé, dans le cadre du master de modélisation et sciences humaines et sociales (domaine de formation sciences humaines et sociales) par le laboratoire d'ergonomie qui est rattaché à l'ISPED et qui est aussi impliqué dans un master recherche national.

Diplômes d'université

L'ISPED offre par ailleurs, essentiellement en formation continue, une quarantaine de diplômes d'université (DU) ou diplômes interuniversitaires (DIU). Ces DU sont offerts soit en enseignement à l'université, soit, de plus en plus, en formation ouverte et à distance (FOAD).

- Les DU en présence couvrent des champs disciplinaires variés, directement en relation avec les compétences de recherche et de formation présentes à l'ISPED (DIU épidémiologie appliquée, DIU santé travail ; DU ergonomie, DU évaluation de la qualité en médecine, DU communication médicale scientifique...) ou enseignés en collaboration avec des universitaires médecins souhaitant donner une dimension santé publique à leur enseignement (DIU évaluation des traumatismes crâniens, DU gérontologie sociale approfondie, DIU soins palliatifs et d'accompagnement...).
- Les DU offerts en FOAD — « DU méthodes et pratiques en épidémiologie : enseignement par Internet » ; « DU méthodes en recherche clinique : enseignement par Internet » ; « DU méthodes statistiques en santé : enseignement par Internet » ; « DU méthodes de gestion des bases de données en médecine : enseignement par Internet » — sont la base de la mise en ligne progressive de l'intégralité d'un master de santé publique à destination des pays en développement, dans le cadre d'un partenariat avec notamment le ministère français des Affaires étrangères. ↗

Les objectifs pédagogiques, le contenu détaillé et les modalités pratiques de ces diplômes sont accessibles sur le site Internet de l'ISPED : <http://www.isped.u-bordeaux2.fr/> sur lequel sont également décrites les activités de recherche et de service en santé publique sur lesquelles s'appuient les enseignements.



Le Pôle d'enseignement et de recherche en santé publique de Toulouse

Alain Grand
PU-PH, directeur
du Pôle
d'enseignement
et de recherche
en santé publique

Ce pôle réunit sur le même site :

● Le département universitaire d'épidémiologie, économie de la santé et santé publique,

● L'Unité mixte Inserm-Université 558 : « épidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps »,

● L'Institut fédératif de recherche 126 : « santé, société »,

En association avec :

● des structures de veille et d'observation :

◆ Observatoire régional de la santé Midi-Pyrénées,

◆ Équipes de l'Institut national de veille sanitaire (suivi post AZF, santé-environnement, santé-travail),

◆ Registres des cardiopathies ischémiques de la Haute-Garonne (Monica), des cancers du Tarn, des handicaps de l'enfant en Haute-Garonne.

● un complexe technologique d'information et de communication :

◆ Tiers-Mip, plate-forme de traitement de l'information pour l'épidémiologie et la recherche clinique en santé,

◆ Briques, banque régionale d'informations, qualité de vie, épidémiologie et santé,

◆ Plate-forme génétique et société, Génopole Midi-Pyrénées,

◆ Centre régional de documentation en santé publique.

Ce pôle occupe une place originale en France du fait d'une authentique pluridisciplinarité structurée autour du lien fondateur entre l'épidémiologie et les sciences humaines et sociales.

L'offre d'enseignement

Elle relève du département universitaire d'épidémiologie, économie de la santé et santé publique qui propose de véritables filières de formation en santé publique, dans le cadre :

● des études médicales et paramédicales : cet enseignement concerne les deuxième et troisième cycles des études médicales (DES de santé publique et médecine sociale), ainsi que l'ensemble des écoles paramédicales de Toulouse ;

● de la formation continue : formations médicales et paramédicales continues, fonction publique territoriale, assurance maladie...

● du master « méthodes d'analyse et gestion en santé publique » ; reconnu comme mention au sein du domaine Sciences de la vie et de la santé de l'université Toulouse 3 ; ce master comporte deux voies de formation :

◆ une voie recherche en épidémiologie clinique, adossée à l'école doctorale Mathématiques et

applications (ouvrant ainsi l'accès à la thèse), et destinée aux futurs enseignants et chercheurs en recherche clinique et épidémiologique,

◆ une voie professionnelle intitulée « gestion des services et institutions de santé » et destinée aux futurs cadres soignants et non-soignants du système de santé.

L'intégration de cette offre d'enseignement au sein du Pôle d'enseignement et de recherche en santé publique permet d'offrir aux étudiants un environnement recherche et professionnel particulièrement adapté.

La recherche

Elle est menée au sein de deux dispositifs :

● L'Unité mixte Inserm-Université 558 : « épidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps » (directrice : Dr Hélène Grandjean) : l'U558 étudie les déterminants, les modes de prise en charge et les conséquences des pathologies chroniques par une approche globale considérant l'individu dans ses dimensions individuelles, biologiques, physiques et psychiques, et situé dans son environnement familial et social. Elle est constituée de 5 équipes intitulées : épidémiologie et sociologie du vieillissement ; épidémiologie périnatale, handicaps de l'enfant ; épidémiologie de l'athérosclérose et des maladies cardiovasculaires : facteurs de risque et prise en charge en population ; génomique, santé, société : analyses multidisciplinaires et décision en santé ; maladies chroniques, pratiques de soins et facteurs socio-économiques.

● L'Institut fédératif de recherche 126 « santé, société » (directrice : Dr Hélène Grandjean) : l'IFR 126 rassemble des équipes de recherche développant une approche globale de la santé qui considère les femmes et les hommes dans leurs dimensions physiques, biologiques et psychiques, en interaction avec leurs milieux de vie, familial, professionnel et social. Ce type d'approche, pluridisciplinaire, associe médecins, épidémiologistes et chercheurs en sciences humaines et sociales (gestionnaires, anthropologues, psychologues, sociologues). L'IFR 126 est structurée autour de deux grands axes de recherche :

◆ les nouvelles formes de gestion de la santé et de la maladie ;

◆ les relations santé, environnement et travail. ➤

Pôle d'enseignement et de recherche en santé publique

Faculté de médecine Toulouse-Purpan

37 allées Jules Guesde

31073 Toulouse Cedex

Téléphone : 05 61 14 59 51

Télécopie : 05 62 26 42 40

École doctorale 393 « Santé publique : épidémiologie et sciences de l'information biomédicale »

L'École doctorale de santé publique ED393 s'appuie sur une vingtaine d'équipes d'accueil de doctorants regroupant environ 90 chercheurs et enseignants habilités à diriger des recherches. Elle encadre actuellement plus de 120 doctorants. 16 de ces 20 équipes d'accueil sont localisées à Paris, principalement dans les universités Pierre-et-Marie-Curie, Denis-Diderot, Paris 13, mais aussi à l'Institut Pasteur et dans des agences et établissements de santé publique (en particulier l'Institut national de transfusion sanguine), ou à l'Institut de recherche et développement (IRD) : 4 unités. 15 équipes sont associées à 10 unités de l'Inserm ou du CNRS.

Les priorités scientifiques de l'école

Les deux domaines majeurs de la santé publique couverts dans l'école doctorale sont précisés dans son intitulé : l'épidémiologie et les sciences de l'information.

Les problèmes de santé abordés prioritairement sont les maladies infectieuses et la santé de la mère et de l'enfant, en France et dans les pays en développement, notamment via l'implication des équipes IRD. Les thématiques concernent notamment l'épidémiologie clinique, l'évaluation à la maîtrise des risques iatrogènes, l'épidémiologie théorique et la modélisation des épidémies, les méthodes de surveillance et d'alerte épidémiologique. Du côté des sciences de l'information, les thématiques prioritaires concernent l'informatique médicale, la modélisation et la biostatistique.


La politique scientifique de l'ED 393 est de favoriser les thèses développant une approche synergique en épidémiologie et en sciences de l'information : la première conviction est en effet est que les futurs progrès de l'épidémiologie dépendront largement d'un recours innovant à l'informatique médicale, à la modélisation, et à la biostatistique. À cet égard, on peut citer celles qui concernent la modélisation de l'histoire naturelle des maladies, l'utilisation de l'analyse du protéome et du transcriptome dans la recherche de nouveaux facteurs de risque, le croisement de fichiers cliniques et environnementaux, la surveillance épidémiologique temps réel, l'utilisation de systèmes d'information géographiques, le développement de modèles prévisionnels épidémiologiques... L'autre

conviction est que, réciproquement, le progrès des sciences de l'information en biomédecine nécessite très souvent, à côté de l'innovation technologique qui en est la condition, un interfaçage étroit avec les applications épidémiologiques : on peut citer le développement de systèmes d'aide à la décision, de techniques d'analyses automatiques de dossiers et de comptes rendus médicaux, de développement de systèmes d'information puissants visant à la maîtrise des risques iatrogènes...

Le fonctionnement de l'école

L'école doctorale travaille sous la responsabilité d'un comité de direction formé des représentants des universités habilités et des établissements partenaires et d'un conseil d'administration comprenant des personnalités extérieures et des représentants des différentes équipes participantes. L'école doctorale entretient des relations étroites avec les agences et les établissements de santé publique d'une part, avec l'industrie de l'information biomédicale d'autre part.

Chaque étudiant bénéficie d'un suivi personnalisé placé sous la responsabilité d'un tuteur. L'école doctorale organise également des enseignements doctoraux (ouverts à l'extérieur), des journées annuelles dans lesquelles les doctorants, les responsables d'équipes et les directeurs de thèses échangent résultats et projets, et des conférenciers internationaux font le point sur des domaines majeurs en épidémiologie et en sciences de l'information biomédicale.

L'école doctorale ED 393 est habilitée aux universités Pierre-et-Marie-Curie et Denis-Diderot, et est partenaire de l'Institut Pasteur et de l'université Paris 13. 


École doctorale ED 393

Institut biomédical des Cordeliers
15-21 rue de l'École-de-médecine
75006 Paris
Téléphone : 01 56 24 29 93
Courriel : alain-jacques.valleron@upmc.fr
Site : <http://www.b3e.jussieu.fr/spsib>

Alain Jacques Valleron
PU-PH, directeur de l'École doctorale 393

autres formations

Consulter aussi la rubrique Formation, dans ce numéro page 76, et sur le site internet du Haut Comité de la santé

publique hcspp.ensp.fr, rubrique « rechercher », « Recherche dans une rubrique d'adsp » puis choisir « Formation ». 



L'École nationale de la santé publique à la veille de la grande transformation

Alain Jourdain
Démographe et économiste

François-Xavier Schweyer
Sociologue

Enseignants au département
Politiss de l'ENSP et chercheurs au LAPSS

L'École nationale de la santé publique aura existé un peu plus de soixante ans. Créée en 1945, elle est appelée sinon à disparaître, du moins à se transformer et à rejoindre une École des hautes études en santé publique (EHESP) dans les prochains mois. Cette évolution n'est pas un constat d'échec, elle s'insère dans une lignée de réformes et traduit une double volonté, celle d'inscrire une école de l'État providence dans les standards internationaux et celle de l'ouvrir aux nombreux acteurs de la santé publique. L'ENSP fonctionne sur le modèle des grandes écoles françaises¹. Il s'agit d'une école post-universitaire qui jouit d'une situation de monopole pour une large part de son activité et que les étudiants intègrent après concours ou pour obtenir un diplôme complémentaire. Ses relations avec les milieux professionnels sont étroites. Parmi les acteurs de l'État social, et même au-delà, l'ENSP est connue², sans que l'on puisse dire pour autant qu'elle soit bien connue. En effet, pour les médecins hospitaliers, « l'école de Rennes » est celle des directeurs d'hôpital ; pour leurs confrères libéraux, il s'agit plus de l'école des médecins inspecteurs, une école d'administration donc ; d'autres interlocuteurs évoqueront les techniciens de l'environnement, les médecins scolaires, les directeurs d'établissements sociaux... ou plus généralement une « école de fonctionnaires ». Ces représentations ne renvoient pas une image claire et valorisée, mais des images partielles et donc fausses, fondées sur telle ou telle formation et sans vision d'ensemble.

Comment expliquer que l'image de cette école soit comme brouillée ? À quoi peut-on attribuer, par ailleurs, le caractère souvent critique des discours tenus sur l'ENSP ? Plusieurs explications se conjuguent. La première serait la relative jeunesse de l'institution. Les historiens de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* font remonter la filiation de l'école anglaise à l'époque des guerres napoléoniennes et la célèbre LSHTM a été créée en 1899³. Alors que l'ENSP, née officiellement le 19 octobre 1945, avec des débuts modestes à Paris avant un véritable essor lors de son transfert à Rennes en 1962, apparaît comme une école dans l'enfance⁴. Une autre explication tient à la place

singulière de la santé publique en France, longtemps marginale et frappée d'une sorte d'indignité professionnelle parmi les médecins⁵. Le développement et la nature des relations entre la profession médicale et l'État ont favorisé une polarisation du système de santé sur le curatif et une vision négative voire délégitimée de l'action administrative en matière de santé. La diversité des élèves formés à l'ENSP peut participer aussi du brouillage de l'image institutionnelle. En accentuant le point de vue de chacun des groupes professionnels (médecins, directeurs, ingénieurs, pharmaciens), on pourrait dire que dix écoles cohabitent en une. Les interventions fréquentes d'anciens élèves devant les médias suggèrent encore une autre explication. Régulièrement placés en situation de communiquer, lors de la création ou la fermeture d'un service hospitalier ou lors d'une crise sanitaire, ils transmettent une image de l'ENSP résolument marquée du sceau de l'action et du management, masquant de fait les activités et les recherches plus proches de ce que l'usage conçoit comme étant « de santé publique ».

Ces visions partielles de l'ENSP tendent à occulter l'originalité de son domaine d'activité situé entre les départements de santé publique des facultés de médecine, les services publics de l'État ou territoriaux et l'université. Dans une première partie nous montrerons les caractéristiques de l'ENSP dont l'identité s'est forgée à partir de trois éléments : d'une part, sa qualité première d'école de santé publique, issue de ses origines, d'autre part, sa mission de formation des cadres de l'administration sanitaire et sociale répondant au développement de l'État-providence et, enfin, ses liens avec le monde académique de l'enseignement et de la recherche. Dans une seconde partie, nous analyserons les étapes par lesquelles cet équilibre s'est construit, ce qui nous permettra de porter en final un regard sur les mutations à venir vers l'EHESP.

Une école de santé publique originale

L'ENSP est un établissement d'enseignement supérieur qui n'appartient pas au monde universitaire. Contrairement à d'autres écoles du service public, elle dispose d'un corps enseignant permanent composé à la fois de professionnels et d'universitaires. École de santé publique, l'ENSP est aussi et d'abord une école professionnelle, qui propose toutefois quelques formations diplômantes, spécialement pour les ingénieurs

1. Voir le site Internet www.ensp.fr.

2. Sa notoriété spontanée dans le grand public avoisinerait 3 % des réponses. Sondage IFOP réalisé en 1989 à la demande de l'ENSP auprès de 1000 personnes âgées de plus de 18 ans.

3. lshtm.ac.uk/Library/Archives > History of LSHTM > Chronology of LSHTM.

4. Cahiers de l'ENSP, *Histoire de l'enseignement à l'École nationale de la santé publique*. Tome I : jusqu'en 1976, Rennes, janvier 1987.

5. Marc Loriol, *L'Impossible Politique de santé publique en France*, Ramonville saint Agne, Éditions Eres, 2002.

du génie sanitaire, les directeurs d'établissements ou de services d'accompagnement social du secteur privé (handicapés, jeunes en difficulté, etc.), ou encore pour les médecins avec un diplôme de santé publique. Cette école de service public est placée sous la tutelle des ministères chargés de la Santé et de l'Action sociale pour assurer quatre missions⁶ :

- former les cadres supérieurs de l'administration sectorielle (Éducation, Intérieur, etc.), des hôpitaux et des établissements ou organismes publics et médico-sociaux ;
- contribuer à la formation des cadres responsables d'activités sanitaires (exemple, hôpitaux), sociales (exemple, Ddass), médico-sociales (exemple, établissements pour handicapés) ou concernant l'environnement, appartenant à d'autres ministères, aux collectivités territoriales, aux institutions publiques ou privées, aux organisations syndicales et aux associations ;
- mener des activités de recherche et d'étude en collaboration ou non avec des universités et des organismes nationaux ou internationaux ;
- et entreprendre des actions de coopération internationale en matière d'enseignement et de recherche.

À la veille d'une mutation radicale, il est intéressant de comprendre ce qui fait la singularité de l'ENSP, la combinaison de ces missions qui tient moins d'un projet que d'une histoire et qui appelle plusieurs commentaires. En tant qu'école de santé publique, l'ENSP a joué un rôle de précurseur de la *new public health*, car elle est vouée à l'action sanitaire et à l'action sociale, étendant de fait à la dimension sociale le champ classique de la santé publique (évaluation, planification, programmation, prévention, surveillance, promotion de la santé) et le management des institutions. Par ailleurs, et selon J. Bury, nombre d'écoles de santé publique en Europe cherchent aujourd'hui à s'affranchir de la tutelle des facultés de médecine⁷. Or l'ENSP possède la caractéristique rare d'être l'un des lieux où ces deux champs de l'action publique (le sanitaire et le social) s'interpénètrent au travers des formations, de la recherche, de la coopération internationale. Depuis quelques années, l'approche des politiques publiques s'effectue également en interministériel. Plusieurs grandes écoles administratives organisent une rencontre de leurs publics sous la forme d'un séminaire d'une semaine dont l'objectif est de favoriser la compréhension commune d'une problématique à caractère sanitaire et social et de permettre le repérage des logiques professionnelles des différents acteurs. Ainsi, par exemple, des policiers, des magistrats, des directeurs d'établissements sociaux et des médecins de santé publique sont-ils amenés à confronter leur point de vue sur des actions de prévention des toxicomanies. L'intégration de l'ENSP dans

Les enseignants et les élèves

Les étudiants, les élèves

500 nouveaux élèves chaque année, file active de 1 000 élèves en formation dont 45 % sont titulaires d'un diplôme de 3^e cycle.

La formation continue représente 250 sessions organisées en 2005, 5 000 stagiaires accueillis : 36 % issus des services déconcentrés, 24 % issus des hôpitaux.

Des formations destinées aux dirigeants : directeurs de services déconcentrés de l'État (Ddass et Drass), chefs d'établissement nouvellement nommés, formation conjointe des directeurs d'établissement et

des médecins présidents de comité médical d'établissement.

Le corps enseignant en 2005

53 enseignants permanents, soit : 32 enseignants issus des milieux professionnels et 21 enseignants titulaires d'un doctorat ou d'une habilitation à diriger des recherches ; 1 600 chargés de cours en 2005 dont 100 universitaires (22 professeurs, 78 maîtres de conférences), 1 000 professionnels du secteur sanitaire et social, 500 professionnels d'autres horizons (cabinets d'avocats, de consultants, entreprises).

les réseaux européens de santé publique procède du même esprit. Dans le cadre des programmes européens *Leonardo da Vinci* et *Erasmus Mundus*, l'ENSP pilote deux formations internationales, respectivement *Europhamili* et le master *Europubhealth*, qui promeuvent l'approche comparée des questions de santé publique.

La deuxième remarque qui peut être faite porte sur la diversité des publics formés. Médecins, directeurs, ingénieurs, inspecteurs, infirmières, techniciens, pharmaciens cohabitent sur un même campus. Les mondes de l'hôpital, des administrations de l'État et territoriales, de la santé publique, de l'Éducation nationale, de la médecine du travail se croisent et sont réunis par un même thème : la santé publique. Tous ces étudiants et stagiaires sont à un titre ou à un autre « anciens élèves » d'une même école. Le capital relationnel qu'ils acquièrent en formation n'est pas mono-professionnel. Bien sûr, la tendance au cloisonnement existe, d'autant que les processus de construction identitaire favorisent « l'entre soi » et le sentiment d'appartenance à un groupe bien distinct. L'ENSP est à la fois le lieu des corporatismes et le lieu où est possible la coopération entre professionnels aux compétences différentes. Au-delà de la rencontre et du brassage des publics, elle cherche à promouvoir la confrontation et la mise en

Les Éditions de l'ENSP

Elles éditent 20 à 25 nouveautés par an dans quatre domaines : santé publique, hôpital, social et médico-social, sciences humaines et sociales. Elles sont animées par sept personnes entièrement autofinancées avec un

chiffre d'affaires en 2005 de 1,35 million d'euros.

90 % du CA en vente directe, 10 % en librairie par le canal de l'Association française des presses universitaires-diffusion, dont les éditions sont membres (distribution Sodis).

6. Voir le décret n° 93-703 du 27 mars 1993 relatif à l'École nationale de la santé publique, établissement public de l'État à caractère administratif.

7. J. Bury, « Organisation des écoles de santé publique dans l'Union européenne », *ENSP 2001 Plan stratégique*, annexe 1, p. 39-45.



La formation en santé publique : un domaine en mutation

commun des expériences. L'interprofessionnalité se définit par l'organisation de formations destinées à des publics professionnels différents et certaines formations initiales sont dispensées à plus de 30 % du temps école en interprofessionnalité. De longue date, chaque élève participe au séminaire interprofessionnel de santé publique réunissant la majeure partie des promotions de formation initiale. Des groupes d'une dizaine d'élèves d'origines diverses, encadrés par un expert, ont à traiter une question de santé publique à partir d'une revue de littérature et d'une enquête de terrain.

La poursuite des différentes missions appelle une organisation de l'ENSP qui doit répondre aux contraintes propres à une formation en santé publique : l'approche disciplinaire est réalisée par des départements pédagogiques réunissant les enseignants autour de champs homogènes et constituant les forces de production pédagogique et de recherche. L'approche professionnelle est menée par des filières de formation établies par métier et chargées de garantir la connaissance et la prise en compte des évolutions des compétences et des pratiques professionnelles. Cette organisation complexe veut assurer un lien permanent entre les professionnels (les attentes, les besoins actuels et à venir à traduire en objectifs professionnels) et les formateurs (les cohérences et les exigences d'un apprentissage de qualité). L'ENSP, de par son statut, peut parfois être placée sous tension entre la volonté de la voir confinée à la simple reproduction des connaissances et des pratiques dans une perspective d'application réglementaire, et la nécessité, en tant qu'organisme de

formation, d'avoir la capacité d'adopter une distanciation critique par rapport à une situation qui peut être valable aujourd'hui mais qui ne le sera plus demain.

La combinaison entre approche appliquée et apports académiques appelle un commentaire au sujet des formations. Aujourd'hui, les formations en santé publique sont souvent mono-disciplinaires : elles forment soit à l'étude de populations, soit à l'analyse des politiques, soit à la gestion des services. Or, de manière croissante, l'action publique demande des professionnels capables de participer à l'élaboration des politiques publiques, d'imaginer des dispositifs pour les *mettre en œuvre* sur un territoire, d'appréhender et de construire *les règles du jeu* pertinentes pour y coordonner les acteurs et y impliquer les représentants de la population et évaluer les *effets* des actions conduites sur la santé des populations. Les enquêtes régulièrement menées auprès des anciens élèves de l'ENSP donnent une idée de la complexité de la santé publique *en train de se faire*. Elles montrent qu'ils participent à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques sociales et de santé. De par leurs fonctions, certains aident à la décision lors de la préparation de projets, d'autres (et parfois les mêmes) sont en situation d'acteurs dotés de larges marges de manœuvre pour l'exécution de la volonté publique lors de la conduite de réformes ; ils peuvent encore être en situation d'évaluateurs de dispositifs de santé publique et d'analystes d'éléments du système de santé français, dans le cadre national ou d'une comparaison internationale.

La formation dispensée à l'ENSP traduit les dimensions de la santé publique décrites par D. Fassin⁸ : un champ disciplinaire avec ses savoirs, ses méthodes, une réalité épidémiologique correspondant à l'état de santé d'une population dans un environnement, un mode de gestion fondé sur une administration de la santé, un domaine d'activité rassemblant de nombreuses spécialisations professionnelles et institutionnelles. Autrement dit, la formation associe le regard scientifique qui vise à rendre intelligibles les situations, à objectiver les risques avec des probabilités, et l'action publique faite de politiques et du travail des professionnels, qui ne se réduit ni aux programmes ni à leur adaptation. Mais cette formation dépasse les frontières de la profession médicale et, pour les cadres qui travaillent en dehors des établissements de santé, les expose aux « métiers flous » analysés par G. Jeannot. L'activité des professionnels en effet, par son indétermination et son ouverture, mêle de façon indissociable les éléments de la décision et de la mise en œuvre. Agir, ce n'est plus alors appliquer mais aller au contact de ce qui résiste, surmonter les décalages entre les prescriptions et les spécificités des domaines d'action, recomposer de manière toujours singulière les instruments disponibles⁹. Ce que l'action publique

⁸ D. Fassin, *Faire de la santé publique*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2005.

⁹ G. Jeannot, *Les Métiers flous, travail et action publique*, Toulouse, Octarès, 2005.

La recherche

Le Laboratoire d'analyse des politiques sociales et de santé (LAPSS)

Adossé au CRAPE Unité mixte de recherche CNRS de l'IEP-RENNES1, il est composé de 18 enseignants chercheurs et 5 doctorants boursiers.

Ses axes de recherche sont :

- Déterminants sociaux, spatiaux et économiques de la santé et allocations des ressources ;
- La transformation des systèmes de santé et de protection sociale ;
- Politiques sociales et *Social Care* : la prise en charge des personnes vulnérables et dépendantes ;
- Dynamiques professionnelles et dispositifs de santé publique.

Par exemple, dans le cadre du 6^e Programme européen de recherche et de développement technologique, les chercheurs du LAPSS participent

à deux projets sur les politiques sociales, un projet de type médico-économique et un contrat sur l'état de la recherche en santé publique en Europe.

Depuis 2004 ont été publiés : 10 ouvrages, 13 directions d'ouvrages collectifs et revues, 50 articles dans des revues à comité de lecture.

Le Laboratoire environnement et santé (LERES)

Associé à l'école doctorale Vie agro santé de Rennes, il est composé de 9 enseignants chercheurs, dont 3 HDR et de 5 doctorants.

Son objet est l'évaluation des expositions des populations aux contaminants de l'environnement.

Depuis 2004 ont été publiés : 2 ouvrages et 18 publications internationales.

y gagne en efficacité, les professionnels le perdent en protection et en confort, le flou des objets traités glissant vers le flou de leurs positions. Si la forme de l'action publique postmoderne est nouvelle, les avatars de la santé publique, eux, relèvent d'une longue histoire qui, pour partie, est celle de l'ENSP.

Les figures historiques de l'ENSP

Si les premières écoles de santé publique en Europe ont été créées à la fin du XIX^e siècle, c'est pendant la Seconde Guerre mondiale seulement que s'élabore le projet d'une école nationale de santé publique, qui sera concrétisée en 1945 au sein de l'Institut national d'hygiène. La nouvelle ENSP en constituait un département dont l'objet était de compléter la formation scientifique et d'assurer le perfectionnement des médecins de santé, des pharmaciens inspecteurs et des techniciens sanitaires. Dans les premières années, il s'est agi d'une école de santé publique au sens d'Acheson : « *Public health is the science and the art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts of society.* »¹⁰ Elle avait élargi ses formations aux infirmiers cadres de santé publique et aux ingénieurs de l'environnement, et assurait des stages obligatoires pour les fonctionnaires nouvellement recrutés et les médecins de la Sécurité sociale. À partir de 1949, des boursiers étrangers furent admis, mais ceux qui désiraient obtenir un titre préférèrent s'inscrire dans les écoles américaines, anglaises ou canadiennes, car seul un certificat d'assiduité leur était délivré par l'ENSP. C'est d'ailleurs pour pouvoir conférer un diplôme équivalant aux diplômes étrangers que fut créé en 1958 le diplôme d'État de santé publique destiné aux médecins ayant suivi avec succès les enseignements de l'ENSP¹¹.

La réforme des études médicales introduite par les ordonnances de 1958, mais aussi la définition progressive d'une politique sanitaire et sociale répondant aux exigences d'une société en pleine modernisation expliquent la réorganisation de l'ENSP par la loi du 28 juillet 1960 qui lui donna un statut nouveau d'établissement public national. Son transfert à Rennes fut décidé par le décret du 13 avril 1962, dans le cadre d'une politique d'aménagement du territoire volontariste. Le professeur Robert Debré, premier président du conseil d'administration et du conseil des études, imprima de sa marque le nouvel essor de l'école. C'est sur un modèle international que l'école s'est d'abord construite : ses premiers directeurs avaient fait leurs armes dans les pays en développement et à l'OMS, ses enseignants, dont certains étaient issus des grandes écoles de santé publique (Johns Hopkins), ont contribué à la création des réseaux européens et, à la demande de l'OMS, de

Les activités internationales

Stages internationaux

Depuis 2003, l'école offre aux étudiants de trois filières de formation la possibilité de réaliser un stage professionnel de 1 ou 2 mois à l'étranger. Grâce au dispositif d'accompagnement des élèves par des enseignants référents et le bureau des stages internationaux, 34 étudiants en 2003, 83 en 2004 et 112 en 2005 ont pu partir à l'étranger, principalement en Europe et quelques pays francophones. Une restitution de l'expérience des stages est organisée chaque année lors d'un forum international des stages et des échanges.

Échanges européens et charte Erasmus

L'obtention de la charte Erasmus en 2005 marque une étape importante dans l'ouverture européenne. La priorité a été donnée en un premier temps à la mobilité des enseignants qui peuvent ainsi partir 8 à 15 jours chez un partenaire européen. Les échanges Erasmus pour les étudiants prendront leur essor à partir de 2006/2007.

Europubhealth, master européen en santé publique (www.europubhealth.org)

Coordonné par l'École nationale de la santé publique, le master européen Europubhealth regroupe

six universités et écoles européennes de santé publique : l'université de Copenhague — Institut de santé publique (Danemark) —, l'université de Sheffield — School of Health and Related Research (Royaume-Uni), l'École andalouse de santé publique — Grenade (Espagne) —, l'université de Cracovie — Institut de santé publique (Pologne) —, l'université de Rennes 1 — Faculté de droit et de science politique (France) et l'École nationale de la santé publique — Rennes (France). Ce master a obtenu le label Erasmus Mundus en 2005, premier master de santé publique à avoir été sélectionné et à ouvrir sous ce label de la Commission européenne. Il accueillera sa première promotion d'étudiants à la rentrée 2006.

Europubhealth s'adresse aux professionnels et aux étudiants titulaires d'une licence ou niveau équivalent (bac + 3), de toutes disciplines, qui effectueront un cursus européen avec un choix entre neuf parcours de formation dans au moins trois des universités ou écoles partenaires. De ce fait, les étudiants doivent maîtriser deux des langues suivantes : français, anglais, espagnol.

À l'issue de la première année, sept spécialisations sont offertes à Grenade, Cracovie, l'université de Rennes ou à l'ENSP pour la spécialisation « santé environnementale ».

l'ASPHER¹². Lors du discours inaugural qu'il prononça en 1966, R. Debré déclarait, en évoquant le rayonnement international de l'école, « *demain, elle pourra décerner un diplôme supérieur en santé publique, analogue au doctorat en santé publique délivré dans d'autres pays* ». Il cita également la diversité des moyens d'intervention et des méthodes pédagogiques qui devaient concourir au rayonnement de l'institution, ainsi que la création d'unités de recherche.

Mais le développement de l'État-providence allait infléchir la dynamique de l'ENSP. La création d'une administration technique sanitaire et sociale en 1964, la loi portant réforme hospitalière de 1970, le développement sans précédent de l'hôpital public, la loi de 1975 sur les

10. Cité par J. Bury dans une note sur les écoles de santé publique en Europe.

11. Arrêté interministériel du 26 février 1958. Voir L. Massé, « Les origines de 1760 à 1960 », Cahiers de l'ENSP, *Histoire de l'enseignement à l'École nationale de la santé publique*. Tome I : Jusqu'en 1976, Rennes, janvier 1987, p. 13.

12. Association of Schools of Public Health in European Region.



La formation en santé publique : un domaine en mutation

handicapés ont eu pour effets de renforcer au sein de l'école l'enseignement du management des institutions sanitaires (directeurs d'hôpital et infirmiers généraux), des institutions médico-sociales (directeurs d'établissements sociaux) et aux cadres des services d'action sanitaire et sociale de l'État (IASS). À sa manière, l'ENSP a suivi en cela les développements des disciplines de santé publique décrits par les organismes internationaux¹³. J. Bury décrit cette évolution au plan international en notant le dernier élément constitutif de la santé publique, « le domaine immense du secteur curatif fondé sur l'approche biomédicale : ses institutions, son organisation (y compris au niveau politique) et les dépenses qu'il génère. C'est le secteur le plus cité, qui tend à masquer les deux précédents, bien que son impact ne soit pas forcément le plus fort ». Pour répondre à l'entrée de corps nouvellement créés en formation¹⁴, à l'accroissement considérable des effectifs d'élèves et à l'évolution des programmes de formation avec l'intégration de nouveautés provenant des lois récentes, l'ENSP entreprend une mutation qui se traduit par le regroupement des petites sections d'enseignement thématiques (statistiques, nutrition, environnement, santé et protection de la famille, etc.) vers des départements d'enseignement orientés chacun vers une catégorie précise de métiers : sciences et techniques de la santé (médecins, pharmaciens et ingénieurs sanitaires) ; sciences et techniques sociales (inspecteurs des Affaires sanitaires et sociales, inspecteurs des directions régionales de la Sécurité sociale et directeurs d'établissements sociaux) ; administration hospitalière (élèves assistants directeurs d'hôpital, infirmiers généraux). Quand ce mouvement arrive à son terme en 1983, cette école est très hétérogène, non intégrée. Un rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales (Igas) pointe la juxtaposition d'écoles, voire de sous-écoles, sans communication entre elles, avec une clientèle trop diversifiée et de niveau trop inégal, une pédagogie inadaptée et un morcellement des formations. À quoi s'ajoute un recours fréquent à des vacataires extérieurs, un statut des enseignants inadapté, un rayonnement international trop faible et une recherche peu développée.

À la suite de cette crise de croissance, une réforme, entreprise en 1985, a jeté les bases d'une institution nouvelle en lui conférant une autonomie plus grande par rapport au ministère sur le plan pédagogique (avec une tutelle *a posteriori*), une nouvelle organisation interne et la définition des champs couverts par la formation à partir d'une analyse stratégique conduite sur le modèle classique (opportunités/menaces, points forts/points faibles). Autrement dit, l'ENSP a commencé à se situer

dans un champ où les acteurs ont leur propre dynamique. Un questionnement sur le monopole dont jouit l'ENSP s'est d'ailleurs fait jour. Au début des années quatre-vingt-dix, l'ENSP se définit comme une « institution carrefour à la jonction de la santé publique et du management », une école professionnelle avec ses réseaux de correspondants sur le terrain et la multidisciplinarité qui résulte de la formation sur un même lieu de professions différentes. Ce positionnement est alors vu comme un atout par rapport à l'université. La recherche est revalorisée comme mission de l'institution, avec, en complément du Laboratoire environnement et santé, l'accueil du groupe Image, la création du Laboratoire d'analyse des politiques sociales et de santé en 1994¹⁵. Les thèmes de recherche sur lesquels l'ENSP devrait investir sont définis comme étant la santé environnement ; la gestion des établissements hospitaliers ; l'épidémiologie ; la régulation et l'évaluation du système de santé ; l'évaluation des politiques sociales. Une direction des affaires internationales est créée, privilégiant l'offre d'ingénierie de formation, d'expertise pour des gouvernements étrangers, d'assistance à la mise en place de centres de documentation en santé publique, la conception et la mise en place de cours internationaux dans les domaines de *Health Care Management*, de la santé et environnement, de la gestion des établissements du secteur social. Une réforme institutionnelle est conduite pour répondre aux défis auxquels l'école est confrontée, avec une ouverture du conseil d'administration, la création d'un conseil scientifique ; l'allègement de la tutelle administrative et la perspective d'un changement de statut pour devenir un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPSCT).

Le plan stratégique 1996-2001, signé entre l'ENSP et les ministères de tutelle, a intensifié l'inscription de l'ENSP dans les orientations de la modernisation de l'administration. Un second plan stratégique, davantage construit pour la contractualisation, sera ensuite préparé en 2003, mais il sera brutalement abandonné lors de la préparation de la loi de santé publique. Cette dernière s'inspire du modèle américain (Department of Health and Human Services, HHS), qui met en réseau les différentes agences spécialisées et définit un ensemble d'objectifs à atteindre. Dans sa forme actuelle, l'ENSP ne survivra pas à cette vision et la loi inscrira à marche forcée son entrée dans l'EHESP, avec pour mission de se mettre en réseau avec les nombreuses organisations de formation en France et de se rapprocher des centres de recherche.

13. *Training and research in public health, policy perspectives for a « new public health »*, Centre for Public Health Research, WHO Collaborating Centre, Karlstad, Sweden. January 1994.

14. Parmi lesquels les inspecteurs des Affaires sanitaires et sociales en 1966, les ingénieurs hospitaliers en 1973, les inspecteurs et agents administratifs supérieurs de caisses régionales de Sécurité sociale en 1974, les infirmières générales en 1977, etc.

15. Leres : Laboratoire d'étude et de recherche en environnement et santé. Image : Information, management, gestion. LAPSS : Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires.

Formations en santé publique : une situation à l'étranger

Le paysage de l'organisation sanitaire s'est modifié depuis une quinzaine d'années. Les questions de santé publique sont au premier rang des préoccupations de la population. L'importance prise par ces grandes questions¹ a grandement contribué à mettre en lumière les besoins qui ne sont pas couverts dans le domaine de la santé publique en matières d'expertise, de recherche et, *in fine*, de formation.

Si en France, il y a de nouveaux besoins de formation en santé publique...

Les besoins de professionnels correctement formés aux différents métiers de la santé publique, en particulier ceux qui permettent d'asseoir les décisions publiques sur des argumentations quantitatives et qualitatives adéquates et aussi peu discutables que possible, sont en croissance très rapide dans notre pays comme partout ailleurs². Actuellement, les professionnels en santé publique sont en effet de plus en plus amenés à participer à la définition des besoins de santé, à la traduction démocratique des besoins exprimés en actions de santé et à leur mise en œuvre par la gestion de programmes. Ils développent la participation des acteurs, dont les représentants d'associations d'usagers³ et des citoyens, tant lors des définitions des priorités que lors de la mise en œuvre du suivi et de l'évaluation des politiques de santé nationales, régionales et territoriales dans un continuum recherche-prévention-soins-réhabilitation. Ces évolutions obligent les décideurs et professionnels de santé publique des services de l'État, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales et de l'Union européenne à avoir une formation de santé publique de haut niveau pour gérer aux niveaux national, régional, territorial et des régions européennes des problèmes de santé de plus en plus complexes et pour lesquels la prise de décision ainsi que la communication sont difficiles, dans un contexte évolutif et dynamique. Ils doivent pouvoir assurer les liens entre recherche, élaboration, mise en œuvre et évaluation de programmes.

L'adaptation du système de santé publique aux besoins de la population, adaptation qui doit prendre en compte les nombreuses spécificités (culturelles, sociales et environnementales) mais aussi l'évolution des connaissances dans les champs de la santé publique, repose sur la formation. Cette dernière est en effet un levier qui favorise le changement et les partenariats entre les différents acteurs du système, que ce soient les bénéficiaires ou ceux qui mettent en œuvre⁴.

...y a-t-il aussi de nouveaux besoins de formation en santé publique dans d'autres pays ?

Méthodologie

Une grille d'analyse a été réalisée (tableau 1). Elle balaye les questions relatives aux acteurs de santé publique,

4. Alfano A. « La formation en santé publique : indications internationales » (La Formazione continua in Sanità Pubblica : indirizzi internazionali). Monographie in *Salute e Territorio* « Revue de politique sanitaire du gouvernement régional de la Toscane ». Année XXIV, n° 138, mai-juin 2003.

tableau 1

Structure du questionnaire

Quels acteurs ?

Nombre approximatif

Dans quelles institutions

Quelles actions/fonctions

Place des médecins et des non-médecins

Formations

Quelles institutions

Durée

Contenu pratique/théorique

Contenu épidémiologie/sciences sociales

Intérêt du politique

Causes

Conséquences

Perspectives d'avenir

Forces

Faiblesses

Christophe Segouin

Médecin de santé publique, service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP), Faculté de médecine, université Denis-Diderot, Paris 7

Pierre-Henri Bréchat

Médecin de santé publique, service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP), chercheur associé au Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires de l'École nationale de la santé publique (LAPSS/ENSP)

Dominique Bertrand
Faculté de médecine, université Denis-Diderot, Paris 7

Liste des collaborateurs en page 37

1. Spira A. *Les Nouveaux Besoins de formation en santé publique*. décembre 2000 : document de travail.

2. Spira, *ibid.*, et Organisation mondiale de la santé. « Le changement des rôles de la santé publique dans la région Europe ». In : *Regional Committee for Europe, Copenhagen, 26 July 1999* : 1-15. Eur/RC49/10, + EUR/RC49/Conf. Doc/6. Genève : World Health Organisation, 1999.

3. Bréchat P.-H., Demeulemeester R. (coord.). « Politiques et programmes régionaux de santé ». *adsp* 2004 ; 46. Henrard J.-C., Bréchat P.-H. (coord.). « Politiques et programmes nationaux de santé ». *adsp* 2004 ; 50.



La formation en santé publique : un domaine en mutation

à leurs formations, à l'intérêt du politique ainsi qu'aux perspectives d'avenir.

Elle a été adressée à des correspondants de 11 pays différents (non compris la France). Le choix des pays n'a pas été fait en vue d'obtenir une information mondiale exhaustive ou représentative. Les pays qui ont été sollicités font partie du réseau des auteurs, en particulier les pays de langue latine dans le cadre de leur appartenance à l'Association latine pour l'analyse des systèmes de santé (ALASS). En revanche, les auteurs se sont attachés à obtenir au moins une réponse par grand continent. Les correspondants⁵ des 8 pays suivants ont répondu : Belgique, Brésil, Canada, Chine, États-Unis d'Amérique, Italie, grand-duché de Luxembourg et Roumanie (la Suisse, la Colombie et l'Espagne n'ont pas répondu dans les délais impartis). Ils ont tous eu

5. Liste des collaborateurs en page 37.

connaissance du résultat final qui leur a été soumis pour correction et approbation.

Les résultats de cette enquête sont présentés de façon à dégager les grandes tendances. Dans les détails, les situations sont hétérogènes. Une part de cette hétérogénéité est liée au fait que les items abordés dans le questionnaire sont (intentionnellement) larges et qu'ils laissent une assez grande marge d'interprétation aux répondants (pour ce que recouvre le terme d'acteur de santé publique, par exemple). L'autre part est liée aux situations différentes que connaissent les différents pays en matière de politique de santé publique et donc de formation des acteurs. Le tableau 2 présente, à titre d'exemple, les réponses pour quatre des principaux items du questionnaire : le nombre d'acteurs de santé publique, leurs lieux d'exercice, les lieux de formation et les contenus de la formation.

tableau 2

Exemples de réponses différentes en matière de santé publique entre les pays à partir de 3 points

| | Nombre de professionnels | Institutions où s'exercent les fonctions |
|-----------------------|--|--|
| Belgique | Environ 1 000 | État, assurance maladie, mutuelles (assureurs au premier euro), Institut de santé publique L. Pasteur, Observatoire de la santé, université (recherche) |
| Brésil | Environ 20 000 | État, assurance maladie, collectivités territoriales : conseil général, mairie |
| Canada | Le nombre dépend de la définition que l'on choisit : 12 000 infirmiers, 400 médecins, 2 000 autres | Agence de santé publique du Canada, ministères de la Santé (provinces, fédéral), instituts de santé (trois provinces concernées), administrations régionales de la santé et unités de santé publique (environ 135) |
| Chine | 520 000 environ | État, collectivités territoriales |
| Luxembourg | 20 environ | Ministère de la Santé, Centre de recherche public-santé, Sécurité sociale, université |
| Italie | Pas de réponse sur ce point | Lieux d'exercice des médecins de santé publique : structures locales sanitaires, organisations hospitalières, départements de prévention, communautés et structures publiques et privées |
| Roumanie | Médecins ayant une activité de santé publique, d'épidémiologie, d'hygiène, de médecine du travail, de médecine scolaire : 1 272 | Ministère de la Santé, caisse nationale d'assurance maladie, directions de santé publique des districts, organismes de recherche, organisations non gouvernementales |
| États-Unis d'Amérique | L'American Public Health Association comprend 50 000 membres (mais tous les acteurs de santé publique ne sont pas nécessairement membres de cette association) | Gouvernements (États fédérés, fédéral), universités, industries |

Quels acteurs ?

Si dans tous les pays participants des professionnels de santé publique sont identifiables, leur nombre et leur discipline d'appartenance ne sont pas connus de façon homogène : il y a par exemple, au Canada, quelque 12 000 infirmiers/infirmières, 400 médecins, possiblement 2 000 autres professionnels, en plus des analystes de politiques, chercheurs et du personnel de soutien alors qu'aux États-Unis d'Amérique, si l'« American Public Health Association » comprend 50 000 membres, le nombre de professionnels est bien plus élevé car tout le monde n'est pas membre de cette association.

Ces professionnels peuvent travailler dans les gouvernements de tous les pays de cette étude et à l'assurance maladie (Brésil, Belgique, Chine, France, Roumanie). Certains œuvrent pour l'industrie comme en France et aux États-Unis d'Amérique. Ils font de la recherche à

l'université (France, Belgique, États-Unis d'Amérique), dans des instituts (Canada, France, Roumanie) et dans les facultés de médecine (Belgique, France, Roumanie). Tous peuvent exercer des fonctions de management et peuvent participer à l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et l'inspection-contrôle des politiques de santé. Par exemple au grand-duché de Luxembourg étant donné le petit nombre de personnes intervenant dans ce champ, la polyvalence est nécessaire : les personnes travaillant au ministère de la Santé réalisent autant la définition des politiques et stratégies que la conception de programmes, leur mise en œuvre, la mise en place d'évaluations ou de contrôles. Toutefois, ceux qui travaillent dans le Centre de recherche public-santé apportent leur soutien au ministère pour la définition de la politique et stratégie, interviennent davantage sur la mise en place d'indicateurs pertinents pour l'évaluation du programme, sur la définition du

| Lieux de formation | Contenu de la formation |
|---|--|
| Formation quasi exclusive dans les écoles de santé publique (au sein des universités) | Contenu à dominante théorique |
| École nationale de santé publique (ENSP) pour les différents professionnels du système de santé Les facultés de médecine : l'internat en santé publique D'autres formations en santé publique sont proposées par différents établissements, universitaires ou non | Majoritairement du théorique/pratique |
| La formation est dispensée par l'université (facultés de médecine, de sciences infirmières ou de sciences de la santé). Les agences de santé publique collaborent aux formations. D'autres formations spécialisées sont organisées pour des publics ciblés (Agence de santé publique du Canada, Institut national de santé public du Québec) | Certaines critiques soulignent que les formations sont trop théoriques L'objectif récent est de former des praticiens de santé publique plus que des chercheurs |
| Peu de formations initiales dans ce domaine. Une formation continue organisée par les facultés de médecine, des formations ciblées organisées par le ministère de la Santé ou des organismes gouvernementaux | Contenu des formations : management, inspection, contrôle, information des usagers |
| Formations à l'étranger | - |
| Pour les médecins, internat de santé publique | Plus théorique que pratique |
| Internat de santé publique pour les médecins. Pour les autres personnes travaillant dans les différents organismes, des instituts de santé publique et de gestion sanitaire proposent des formations | Majoritairement théorique |
| Les médecins ont un internat (« preventive medicine ») Les universités proposent trois niveaux de formation : certificat, master et Ph. D en santé publique | Théorique et pratique combinées : administration de la santé, biostatistique, épidémiologie, sciences du comportement et de l'environnement |



La formation en santé publique : un domaine en mutation

système d'information adapté aux programmes définis au ministère, sur le traitement des données récoltées, ainsi que sur l'évaluation des programmes. De plus, ils réalisent des études et recherches en santé publique. Les personnes travaillant à l'université assurent des enseignements et réalisent des études/recherches conjointement avec le Centre de recherche public-santé. Le contrôle est une fonction réservée aux personnes employées par le ministère de la Santé, direction de la Santé. Les professionnels de santé publique sont surtout des médecins en Belgique, Canada, grand-duché de Luxembourg et Roumanie. Au Canada, ils occupent des postes de direction.

Les formations

Les formations de ces professionnels sont données au sein d'écoles de santé publique (Belgique, Brésil, France) et de facultés de médecine des universités (Belgique, Brésil, Canada, Chine, États-Unis d'Amérique, France, Italie, Roumanie), et les universités (Belgique, Brésil, Canada, États-Unis d'Amérique, France, Italie, Roumanie). Les professionnels du grand-duché de Luxembourg viennent se former dans les établissements de ces pays. Au Canada, toute la formation est dispensée par les universités, principalement dans les facultés de médecine (notamment dans les départements de santé communautaire et d'épidémiologie) des sciences infirmières, ou des sciences de la santé. Il est question d'établir des « écoles de santé publique » au sein de certaines universités. Les normes de la formation spécialisée à l'intention des médecins sont établies par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, les agences de santé publique collaborent avec les universités en soutenant l'enseignement et en fournissant l'expérience pratique. L'Agence de santé publique du Canada ; propose une formation dans le cadre du Programme canadien d'épidémiologie de terrain, lequel assure la formation d'un petit nombre de professionnels (possédant déjà une formation de base en santé publique) dans les domaines de l'épidémiologie de terrain ; vulgarisation, enquêtes et contrôle ; surveillance, etc. L'agence offre également, en partenariat avec un consortium d'universités, un programme de perfectionnement professionnel continu en ligne. L'Institut national de la santé publique du Québec participe activement au développement du personnel travaillant dans le domaine de la santé publique, et propose également une vaste gamme de programmes de perfectionnement professionnel continu. En Chine, il y a peu de formation initiale dans ce domaine, sauf des formations continues dans certaines facultés de médecine. Le ministère de la Santé organise aussi des formations à court terme pour former les directeurs des hôpitaux.

La longueur des études correspond à la maquette « licence, mastert, diplôme » (LMD). Au Canada, un lien existe entre durée et poste occupé ; la formation spécialisée en médecine communautaire (santé publique)

est d'une durée de cinq ans après l'obtention par les étudiants en médecine de leur MD (master of degree) — comme dans le cas des autres spécialités. Cette formation est généralement sanctionnée par un diplôme de maîtrise. Toutefois, il est possible d'exercer la médecine en santé publique en n'étant titulaire que d'une maîtrise. Plusieurs autres professionnels en santé publique, notamment les titulaires de postes de direction, scientifiques ou techniques, font des études de 18 à 24 mois pour obtenir la maîtrise — devant en plus rédiger une thèse ou acquérir une expérience pratique pendant une période donnée avant que le diplôme leur soit décerné. Les formations sont de 1 semaine à 6 mois en Chine.

Les répondants de la plupart des pays notent que les études proposent des contenus trop théoriques et mettent trop l'accent sur une formation axée en vue de travailler en recherche (Belgique, Brésil, Canada, France, Italie, Roumanie, États-Unis d'Amérique). Au Canada, plusieurs programmes sont en place ou dans les cartons (17 au total) en vue de l'obtention d'une « maîtrise en santé publique » : ils font appel à des professeurs possédant une expérience de la pratique dans ce domaine, prévoient davantage de périodes d'apprentissage de la pratique en site, et exigent en principe la réussite d'un stage effectué au sein d'une agence de santé publique. L'objectif est de former des diplômés pouvant utiliser la recherche au lieu d'en produire, et possédant des compétences pointues pertinentes pour l'exercice d'une pratique en santé publique. L'équilibre entre les sciences quantitatives (épidémiologie, statistiques...) et les sciences humaines est recherché.

Intérêt du politique

Ce sont essentiellement les crises sanitaires qui ont beaucoup attiré l'attention des politiques sur la santé publique. L'accroissement des dépenses d'assurance maladie et la dette engendrée (comme au Brésil) y ont également fortement contribué. Les politiques ont mis en relief les problèmes de dotation en ressources humaines en santé publique et, de manière plus générale, la nécessité de renforcer les services en santé publique.

Le droit à la santé, comme un droit de tous les citoyens, est institutionnalisé dans plusieurs pays. Il est présent dans la Constitution brésilienne, par exemple, comme dans le Préambule de la Constitution de la quatrième République française. Des écoles de santé publique sont créées (Belgique, France, Italie, Roumanie), des agences (Canada, France), des centres de recherche (France, grand-duché de Luxembourg) et des cours « stratégiques » pour des gestionnaires (Brésil).


Perspectives d'avenir

Des forces : dans tous les pays, il y a besoin de managers, de professionnels pour mettre en œuvre, et

d'évaluateurs compétents et reconnus pour conduire les actions du gouvernement et celles relatives à l'amélioration de l'efficacité du système de santé. Une forte motivation à la collaboration entre gouvernements, organismes de formation et associations professionnelles favorise l'augmentation de l'offre de programmes novateurs. Des technologies nouvelles, comme la formation à distance, permettent de faire évoluer les modalités pédagogiques tout en élargissant le nombre de bénéficiaires. Par ailleurs, une tendance se dégage vers une formation davantage axée sur la pratique.

Des faiblesses persistent : en particulier la modicité des moyens financiers mis à disposition et, partant, le peu d'enseignants et de professionnels formés.

Vers des enseignements ?

Dans tous les pays, les besoins de professionnels de santé publique et de formations en santé publique sont une priorité. Seulement, l'offre de programmes de formations et de techniques novatrices avec tendance vers une formation davantage axée sur la pratique se heurte essentiellement à un manque de moyens financiers. L'équilibre entre les sciences quantitatives et les sciences humaines est recherché. Ces professionnels peuvent travailler dans les gouvernements (tous les pays de cette étude) ainsi que dans le cadre de l'assurance maladie (Brésil, Chine, Belgique, France, Roumanie). Certains œuvrent pour l'industrie comme en France et aux États-Unis d'Amérique. Ils font de la recherche à l'université (France, Belgique, États-Unis d'Amérique), dans des instituts (Canada, Belgique, France, Roumanie) et dans les facultés de médecine (Belgique, France, Roumanie). Tous peuvent exercer des fonctions de management et peuvent participer à l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et l'inspection-contrôle des politiques de santé. 

Collaborateurs (par ordre alphabétique)

- Antonio Alfano, médecin chef de santé publique, Hôpital S. Maria degli Angeli, Pordenone — région autonome Frioul — Vénétie-Giulia, Italie; Institut d'hygiène et médecine Préventive, Faculté de médecine et chirurgie, université de Sienne.
- Judith Armbruster, directeur pour le programme de formation en anesthésie, Accreditation Council of Graduate Medical Education, Chicago, États-Unis d'Amérique.
- Elisabeth Darras, professeur, École de santé publique, Université catholique de Louvain, Belgique
- Enacescu, professeur de santé publique, Bucarest, Roumanie
- Jingyuan Lin, médecin, en année recherche en France, Faculté de médecine, université Denis-Diderot, Paris 7
- Marie-Lise Lair, directeur du Centre d'études en santé, centre de recherche en santé, grand-duché de Luxembourg
- Anna-Maria Malik, professeur de gestion et management des institutions de soins, Université de Sao Paulo, Brésil
- David Mowat, responsable des opérations régionales et des pratiques de santé publique, Agence fédérale de santé publique du Canada
- Tao Wu, médecin, en année recherche en France, Faculté de médecine, université Denis-Diderot, Paris 7





La réforme : mettre en réseau les compétences

Face aux besoins croissants de la santé publique, l'offre de formation est en cours de réorganisation. La création d'une École des hautes études en santé publique, par la loi d'août 2004, vise à mettre en réseau les compétences existantes tant au niveau de la formation que de la recherche.

Les besoins de formation en santé publique et leurs évolutions

Alfred Spira

Professeur de santé publique et d'épidémiologie, Faculté de médecine, université Paris Sud 11 ; Inserm/Ined U569 ; AP-HP, hôpital Bicêtre, Service de santé publique et d'épidémiologie

Le champ de la santé publique sera désigné, dans cet article, 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 santé), 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.

Un système de formation qui a évolué lentement

Le système de formation en santé publique français a progressivement été mis en place, depuis une soixantaine d'années, en même temps que se développait, lentement, un système cohérent de prise en compte

des problèmes de santé à l'échelle de la population. On se trouve maintenant à une époque où l'augmentation des connaissances et la sophistication des méthodes d'investigation, d'une part, le développement rapide d'un ensemble cohérent de structures de santé publique, concernant en particulier la sécurité sanitaire et la gestion du système de santé au sens large, d'autre part, imposent de reconsidérer les dispositifs qui permettent de former des spécialistes en santé publique du niveau requis dans un pays de niveau de développement tel que la France. Le système universitaire s'est peu ou mal préparé aux mutations de la santé publique et à l'intérêt croissant qu'alliaient lui porter les pouvoirs publics et l'ensemble de la société. L'École nationale de la santé publique (ENSP, Rennes) est restée largement en marge des formations universitaires et de la délivrance de diplômes habilités à l'échelon national. La mise en place du système LMD (licence, master, doctorat) à partir de 2004, la création des masters et

l'application de la loi de santé publique d'août 2004, incluant le projet de création d'une École des hautes études en santé publique (EHESP), sont en train, non sans difficultés, de faire évoluer ce dispositif, nous y reviendrons plus bas.

Les besoins de professionnels correctement formés aux différents métiers de la santé publique, en particulier ceux qui permettent d'asseoir les décisions publiques sur des argumentations quantitatives et qualitatives adéquates et aussi peu discutables que possible, sont en croissance très rapide dans notre pays comme partout ailleurs. Face à ces nouveaux besoins, l'offre de formation est souvent mal adaptée et/ou insuffisante à l'heure actuelle. Il est donc apparu nécessaire de procéder à une analyse aussi objective que possible de l'ensemble des formations disponibles, des besoins existants et des conditions nouvelles d'exercice dans le domaine, de façon à proposer la mise en place de nouvelles modalités de formation. Cette analyse se doit de distinguer les contenus d'une part et les modalités d'organisation d'autre part. En effet, s'il est (relativement) aisé d'imaginer la création de nouveaux enseignements débouchant sur la délivrance de nouveaux diplômes, il est beaucoup plus difficile de proposer de faire évoluer la structuration du monde universitaire, qui a cette formation en charge¹. La principale raison de cette difficulté tient à la résistance du système existant vis-à-vis de toute tentative d'évolution qui risquerait de modifier les équilibres de pouvoirs acquis de longue date.

Depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, l'ensemble du système de santé publique français a fait l'objet d'une séparation progressive en deux pôles :

- Le premier a concerné *la santé publique à orientation médicale*, intégrée dans le système universitaire, puis les centres hospitalo-universitaires (CHU) et l'Inserm. Cette orientation a donné lieu au développement de la biostatistique, de l'épidémiologie et de la méthodologie de la recherche clinique. Cette discipline a été reconnue et individualisée au sein du Conseil national des universités (CNU) à partir de 1970, et elle est aujourd'hui complètement partie prenante des disciplines médicales de l'université. Certains la désignent sous le terme de « santé publique académique ». Il existe à l'heure actuelle des services et/ou des départements de santé publique dans la quasi-totalité des CHU, qui délivrent des enseignements de premier, deuxième et troisième cycles, et des diplômes nationaux (il existe plus de 100 masters de santé publique en 2006, mais il n'y a deux écoles doctorales, Paris 11-Paris 5 et Paris 6). Ils assurent en outre la coordination des DES

1. L'une des particularités du système français est que la formation finale des cadres administratifs des établissements sanitaires et sociaux est réalisée par des « écoles » qui ne sont pas intégrées dans le système universitaire et qui ne sont pas tenues de délivrer des diplômes agréés par le ministère de l'Éducation nationale. La formation de ces cadres a donc lieu, en grande partie, en dehors du système universitaire. La fusion des deux systèmes et leur jonction à la recherche est l'un des objectifs du projet EHESP.

de santé publique (diplôme délivré aux internes de la filière santé publique), principale voie de formation des médecins spécialistes à ces disciplines par l'internat de santé publique qui a été créé en 1984. Parallèlement, la recherche en santé publique a été développée au sein de l'Inserm depuis le début des années soixante, principalement à partir de la statistique médicale et de l'épidémiologie (Daniel Schwartz, Villejuif), puis de l'informatique et des biomathématiques (François Grémy, La Pitié). Cette recherche a, jusqu'à une période très récente, été essentiellement orientée vers l'étiologie explicative, la prévention et la recherche clinique, puis l'information médicale. Ce n'est que plus récemment qu'est apparue, de façon quantitativement très limitée, une recherche en sciences sociales, très liée au CNRS et à l'École des hautes études en sciences sociales. Elle est considérée de bon niveau à l'échelon international. Ce n'est qu'au cours des quinze dernières années qu'ont été développées des recherches de même niveau portant sur les différentes composantes de la santé, en particulier le fonctionnement du système de santé, au sein de départements universitaires, au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et au sein d'unités de recherche de l'Inserm orientées vers la recherche en sciences sociales, en économie et en gestion. Une chaire de santé publique vient d'être créée à l'Institut d'études politiques à Paris. La recherche et la formation sur le système de santé sont cependant très limitées. Il en va de même de l'offre de formation tournée vers les questions de santé publique dans les pays en développement (Paris 6, Cnam, Bordeaux II).

On peut schématiquement dire que, à l'heure actuelle, l'ensemble de cette composante de la santé publique couvre trois grands axes de préoccupations :

- L'épidémiologie descriptive et explicative concernant l'étiologie, les circonstances de développement des maladies et l'évaluation des interventions, en particulier d'ordre préventif et thérapeutique.
- Les interactions entre les composantes sociales, économiques et médicales de la santé et du fonctionnement du système de santé.
- La modélisation biomathématique et les technologies de l'information dans le domaine de la santé.

- Le second de ces pôles a concerné *la santé publique à orientation administrative et d'appui à la gestion du système de santé*, développée conjointement à l'ENSP, dans les administrations centrales et territoriales, puis dans les agences de santé publique.

Comme si l'ordonnance de 1958 (instituant les centres hospitalo-universitaires et qui a servi de cadre juridique à l'absorption de la biostatistique et de l'épidémiologie dans le cadre bio-médical) avait (involontairement ?) laissé de côté les problèmes de gestion du système de santé, l'État a créé en 1960, sous l'impulsion de Robert Debré (lui-même auteur de l'ordonnance de 1958), l'École nationale de santé publique destinée à former des cadres de l'administration de la santé. À l'heure actuelle encore, la formation destinée aux médecins



La formation en santé publique : un domaine en mutation

est minoritaire dans cette école qui se consacre plus particulièrement à la formation des futurs gestionnaires du système de santé ainsi qu'à celle des ingénieurs de la santé. Elle a néanmoins très fortement contribué à l'acquisition d'une culture de santé publique proche des problèmes de terrain dans les administrations centrales et déconcentrées, dans les administrations territoriales, parmi les cadres de gestion des hôpitaux, etc.

L'interface des préoccupations de l'ENSP avec le système universitaire et la recherche s'est développée très lentement. Ce n'est qu'à la fin des années quatre-vingt que des jeunes universitaires, essentiellement formés aux CDC d'Atlanta à l'Epidemic Intelligence Service (IES), ont introduit le concept d'épidémiologie d'intervention ou de terrain dont la « *fonction est d'apporter des réponses rapides et concrètes aux problèmes de santé des collectivités, afin d'éclairer les décisions dans le domaine de la santé publique* ». Cela a fait l'objet d'un enseignement (l'IDEA à Verrier-du-Lac), essentiellement suivi par des médecins inspecteurs de la santé (initialement formés à l'ENSP) et par des intervenants de terrain. Puis cette conception a guidé la création d'un diplôme inter-universitaire (DIU) d'épidémiologie d'intervention à l'université de Bordeaux II (qui a été un élément central et précurseur de la création du diplôme d'études approfondies — DEA — d'épidémiologie de cette université), ainsi que les développements du Réseau national de santé publique (RNSP), devenu l'Institut de la veille sanitaire (InVS) en 1998 (qui dispense un enseignement européen sur ce modèle). Elle est ensuite devenue très prégnante au sein de l'ensemble des agences de santé publique, en particulier celles consacrées à la sécurité sanitaire (InVS surtout, Afssaps, Afssat et Afssa dans une moindre mesure).

Ces deux tendances de la santé publique ont cohabité, parfois de façon indépendante, parfois en mettant à profit leurs complémentarités.

Vers une unification ?

On assiste à l'heure actuelle à de nombreux rapprochements entre ces deux tendances distinctes de la santé publique, liés essentiellement à la formation en pratique identique des personnes les plus jeunes qui concourent à chacune d'entre elles, ainsi qu'à la nécessité de donner la plus grande synergie aux efforts qui doivent être déployés pour tenter de résoudre les multiples problèmes de santé publique qui se posent en France. Les pouvoirs publics ont beaucoup œuvré pour que des rapprochements effectifs soient opérés, par exemple en confiant des missions d'expertise à des groupes associant des personnes issues de ces deux conceptions et pratiques de la santé publique. La création par la loi de l'EHESP, dont le décret d'application est attendu, contribue grandement à cette convergence.

En ce qui concerne la formation initiale et continue, il faut prendre en compte l'existence de cette bipolarité constitutionnelle, ainsi que le déficit actuel d'un nombre

correct, par rapport aux besoins, de professionnels de santé publique suffisamment bien formés.

La première conséquence de ce constat est qu'il convient de proposer des formations qui permettent de rompre le cloisonnement actuel entre ces deux pôles, en particulier en développant les formations professionnelles ouvertes aux médecins et aux non-médecins (en particulier pharmaciens, vétérinaires, infirmières, etc.) aux cadres de l'administration, mais également aux ingénieurs, statisticiens, sociologues, économistes, gestionnaires, etc. Cela nécessite d'ouvrir largement les formations médicales de santé publique aux non-médecins, et inversement de pousser des médecins à suivre des formations non médicales. Cela signifie aussi que l'on sera amené à développer la délivrance des mêmes diplômes à des médecins et à des non-médecins. Cette évolution ira, si elle est menée à terme, à l'encontre de la prééminence actuelle des médecins dans l'appréhension des problèmes de santé, même si cela est moins le cas quand ils sont traités à l'échelle de la collectivité. Cela pourrait d'ailleurs éventuellement conduire à envisager, dans un futur pas trop éloigné, que la santé publique se sépare des autres disciplines médicales, pour constituer un groupe de disciplines à elle seule. Un modèle historique d'une telle évolution est fourni par le cas des sciences politiques qui se sont détachées du droit et des sciences juridiques peu après la Seconde Guerre mondiale. L'une des conséquences importantes qui en résulteraient serait l'évolution du statut des personnels enseignants. En effet, par leur rattachement aux disciplines médicales, les enseignants universitaires de santé publique bénéficient du statut d'enseignants hospitalo-universitaires, même pour ceux d'entre eux qui ne sont pas médecins (mais qui ne constituent qu'une très petite minorité). Ce statut de double appartenance impose d'exercer la moitié de son activité dans un CHU ou un établissement de soins ayant passé convention avec un CHU. Un tout petit nombre de dérogations ont permis l'affectation d'enseignants hospitalo-universitaires en dehors des établissements de soins (il s'agit principalement d'organismes chargés de la prévention ou de la surveillance). À ce titre, ces enseignants hospitalo-universitaires bénéficient d'une double appartenance et perçoivent, en plus de leur rémunération d'enseignants, des émoluments hospitaliers d'un montant à peu près équivalents à leur traitement de fonctionnaires de l'Éducation nationale (cette fraction de leurs revenus, assimilée à une prime, n'est cependant pas prise en compte dans les prestations sociales). On conçoit aisément que toute évolution dans ce domaine est difficile. Il semble cependant possible d'envisager que, pour d'éventuels enseignants de santé publique « mono-appartenants », une convention particulière puisse les rattacher à des organismes de pratique de la santé publique (éventuellement des hôpitaux) et que cela puisse donner lieu à rémunération. C'est un système un peu analogue qui prévaut à l'heure actuelle aux États-Unis.

La seconde conséquence est qu'il faut envisager de regrouper, autant que faire se peut, les activités de formation, de recherche, et si possible de pratique et d'expertise en santé publique, au sein d'institutions pluridisciplinaires. L'exemple peut en être fourni par l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED) de l'université de Bordeaux II, qui regroupe enseignement académique, pratique et recherche hospitalo-universitaire et Inserm. Un projet qui existait dans ce sens dans la région Île-de-France n'a jamais vu le jour du fait des rivalités existant entre les deux tendances de la santé publique qu'il souhaitait fédérer, ainsi que d'obstacles régionaux qui n'ont pas pu être surmontés. Cependant, la création très récente d'un GIS « Pôle Paris Sud d'épidémiologie, sciences sociales et santé » est une avancée novatrice et significative dans cette direction. Il existe un tel institut dans le « grand Est », basé à Nancy, mais il ne comprend essentiellement qu'une forte composante universitaire. Néanmoins, la création en France d'un petit nombre de pôles de santé publique (environ 6 pôles répartis sur l'ensemble du territoire national serait un objectif raisonnable à terme) semble devoir être une préoccupation des pouvoirs publics et l'un des axes de travail du comité de réflexion « EHESP ». De telles écoles existent dans la plupart des pays européens et nord-américains. La France ne pourra pas prétendre jouer un rôle de premier plan en Europe dans ce domaine sans avoir d'abord rattrapé son retard en matière de structuration cohérente des formations en santé publique. Ce sont les pouvoirs publics qui devront être les moteurs en la matière, le système universitaire étant, sauf exception (Bordeaux II), peu propice à l'innovation organisationnelle. Cependant, la loi d'orientation de l'enseignement supérieur de 1984 (la loi Savary) offre un cadre juridique intéressant pour la création de tels pôles de santé publique. Ceux-ci pourraient avoir, au sein de l'université et en partenariat avec l'ENSP, les EPST et l'administration de la santé, une autonomie et des moyens qui leur permettent de remplir une triple mission de formation, recherche et pratique de la santé publique, dans un cadre et selon des objectifs définis nationalement et régionalement. Ces pôles devraient associer des composantes universitaires médicales et non médicales. Leur mission première sera de développer de nouveaux enseignements de santé publique, d'impulser de nouvelles activités de recherche à l'interface santé-société et de permettre d'asseoir les décisions de santé publique sur des faits plus que sur des opinions.

La troisième conséquence est d'appuyer ces institutions au plus près des besoins de santé de la population. Ainsi, à l'échelon régional, des partenariats concernant les besoins de formation et de recherche devraient être institués avec le plus grand nombre possible d'acteurs du système de santé. Des liens particuliers devraient être tissés avec les conférences régionales de santé, lieux d'échange et de concertation regroupant, du moins

théoriquement, l'ensemble des partenaires concernés. Les besoins de formation devraient être définis dans le cadre des dispositifs régionaux de politique de santé.

Enfin, le dispositif mis en place se doit d'être cohérent au niveau national. Il semble logique que cette cohérence émane des besoins exprimés par les deux instances qui ont la charge de définir les besoins et priorités dans le domaine de la santé publique, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et la Conférence nationale de santé, en liaison avec la direction générale de la Santé. La concertation devra être renforcée au niveau européen, de façon à mieux utiliser l'ensemble des moyens disponibles et à instituer une véritable complémentarité entre les États.

Bien entendu, le développement des formations existantes et la création de nouvelles formations diplômantes ne peut se concevoir sans la mise à disposition de moyens adéquats. Le nombre d'emplois d'enseignants de santé publique, en particulier pour les disciplines non médicales (biostatistique, économie, gestion, sociologie), est notoirement insuffisant. C'est sur la création d'emplois d'enseignants titulaires de médecins et de non-médecins (essentiellement maîtres de conférences) que les efforts doivent principalement porter. En attendant l'éventuelle création de pôles de santé publique et des modifications sur le positionnement universitaire de la santé publique, ces créations doivent concerner les établissements universitaires médicaux, l'ancrage de la santé publique avec les disciplines de santé devant être préservé et renforcé.

Conclusion

Le système de santé français a parfois été décrit comme l'un des meilleurs du monde. Si cela n'est pas fondamentalement anormal pour l'une des premières puissances économiques qui jouit d'une tradition justifiée d'excellence clinique, ses insuffisances sont bien connues : sous-développement de la prévention, technicisation à outrance, coûts incontrôlables, développement des inégalités sociales et territoriales face à la santé, faible part réservée à l'évaluation. En quinze ans environ, la France vient de se doter d'un système organisationnel de santé publique qui bénéficie des meilleures expériences étrangères, puis d'une loi assurant la cohésion de l'ensemble du dispositif. Pour le faire fonctionner de façon optimale et remédier aux défauts que nous mentionnons, deux éléments semblent importants : assurer la formation de véritables professionnels de santé publique de haut niveau, rompus à l'ensemble des disciplines qui constituent ce domaine, accroître dans la population l'appropriation de ces problématiques par le plus grand nombre. Cela passe par l'amélioration de l'image et de la visibilité des formations à la santé publique ; par l'instauration de procédures d'habilitation nationales, transparentes, comparatives et sélectives ; par l'attribution de moyens adéquats enfin, l'université ne disposant plus aujourd'hui des ressources suffisantes pour faire face à cet enjeu. ↗



Construire l'École des hautes études en santé publique

Pr Jacques Hardy
Président de
l'Établissement
français du sang,
chargé de mission
pour la mise en place
de l'EHESP,
ancien directeur
de l'ENSP

La création de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) est prévue par les articles 84 et suivants de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 :

« L'École des hautes études en santé publique, établissement public de l'État à caractère scientifique, culturel et professionnel, est placée sous la tutelle des ministres chargés de la Santé, des Affaires sociales, de l'Éducation et de la Recherche.

« Elle a pour mission :

« 1° D'assurer la formation des personnes ayant à exercer des fonctions de direction, de gestion, d'inspection ou de contrôle dans les domaines sanitaires, sociaux ou médico-sociaux et notamment de celles relevant du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé des Affaires sociales ;

« 2° D'assurer un enseignement supérieur en matière de santé publique ; à cette fin, elle anime un réseau national favorisant la mise en commun des ressources et des activités des différents organismes publics et privés compétents ;

« 3° De contribuer aux activités de recherche en santé publique ;

« 4° De développer des relations internationales dans les domaines cités aux 1°, 2° et 3°, notamment par des échanges avec les établissements dispensant des enseignements comparables.

« Les modalités d'exercice de ses missions par l'École des hautes études en santé publique et ses règles particulières d'organisation et de fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'État dans les conditions prévues à l'article L. 717-1 »¹.

Pour permettre la mise en œuvre de ces dispositions, un arbitrage interministériel du 10 mai 2005 a confié au directeur de l'ENSP la double mission de :

- coordonner l'élaboration du décret constitutif de l'école dont la rédaction incombe à la Direction de l'enseignement supérieur ;
- piloter un groupe de travail chargé de proposer un projet pédagogique et scientifique pour la future école qui doit, selon le calendrier fixé par les ministres, ouvrir à la rentrée d'octobre 2006.

En même temps qu'un véritable intérêt, voire un certain désir, l'annonce de la création de l'EHESP a suscité de l'inquiétude chez tous ceux qui sont potentiellement concernés par cette réforme. Cela est assez normal dès lors qu'elle ne se fait pas sur « pré vert ». Loin d'être inexistant, le dispositif français d'enseignement

1. Ces dispositions ont été codifiées à l'article L 756-2 du Code de l'éducation et à l'article L 1415-1 du Code de la santé publique.

et de recherche en santé publique est en effet plutôt pléthorique si l'on s'en tient à l'existence de plus de 150 diplômes de masters dans ce champ², et à la diversité des acteurs de la formation (départements de santé publique dans les facultés de médecine, ENSP, Cnam, écoles d'ingénieurs et de commerce) et de la recherche qu'ils s'agissent de l'université ou des grands organismes que sont l'Inserm, le CNRS, ou l'IRD.

Les réactions enregistrées à l'annonce de la réforme montre que chacun pouvait (peut ?) continuer à vivre dans son coin sans ressentir de façon trop incommode les conséquences de l'atomisation constatée, déplorée, par le législateur et qui est, sans doute une des contreparties de l'autonomie. Chaque université et, en son sein, chaque faculté de médecine ou presque a son département de santé publique qui, lui-même, propose un master et souhaite inscrire ses enseignements et ses recherches au sein de l'école doctorale. En même temps et de façon assez récente la place occupée dans la hiérarchie des préoccupations collectives par les questions sanitaires (et sociales) a trouvé son écho dans l'enseignement supérieur avec une floraison de diplômes de troisième cycle (notamment des DESS) dans des disciplines diverses : le droit, l'économie, la sociologie, la géographie. Bien avant cela, la partition historique entre l'université et les écoles d'application des fonctions publiques avait conduit à la création de l'ENSP³.

2. Ce chiffre résulte d'une étude conduite par le centre de documentation de l'ENSP en mars 2004.

3. En France, il faut attendre une ordonnance du 19 octobre 1945 portant réorganisation du ministère de la santé publique (art. 13) pour qu'une École nationale de la santé publique soit instituée comme département de l'Institut national d'hygiène. Un arrêté du 9 mai 1949 lui permettra d'accueillir des boursiers étrangers mais, faute de pouvoir y obtenir un diplôme de santé publique (ils se voient délivrer une simple attestation d'assiduité), ceux-ci préférèrent s'inscrire dans les écoles étrangères et, pour les francophones, au Canada.

Pour pallier ce handicap, un arrêté interministériel du 26 février 1958 crée un diplôme conjoint du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation nationale dénommé « diplôme d'État en santé publique » et destiné à des médecins ayant suivi l'enseignement de l'École et satisfait aux épreuves de contrôle des connaissances.

La loi du 21 juillet 1960 érige cette école sans personnalité morale en établissement public administratif et le décret du 13 avril 1962 l'organise et prévoit sa localisation à Rennes.

Cette réforme est notamment motivée par la volonté d'offrir un enseignement de santé publique en langue française à une époque où cette « discipline » est fort peu présente dans les facultés de médecine. Elle devait, selon ses créateurs, être le lieu de formation de tous les personnels de santé publique (y compris les personnels de la Sécurité sociale) et devait, pour ce faire, être dotée d'un corps enseignant en statistiques et épidémiologie, administration hospitalière, affaires sociales, architecture, urbanisme, génie sanitaire, éducation sanitaire, nutrition. Le premier directeur de la nouvelle

Dans ce contexte, marqué par la diversité des acteurs concernés ou susceptibles de l'être et des intérêts, l'exposé des motifs de la loi de santé publique évoquant l'insuffisante coordination de l'offre pédagogique a spontanément reçu l'approbation des intéressés en même temps qu'il a éveillé leur crainte d'avoir à entrer dans un processus de rationalisation de l'offre de formation synonyme d'atteinte à l'autonomie.

À l'évidence, la réforme ne saurait, sans risque majeur d'échec, être porteuse d'une telle conséquence. Elle doit offrir à ceux qui accepteront d'y entrer, puisque le choix de la contrainte ou de l'incitation forte ne sont pas à l'ordre du jour, plus que ce dont ils disposent aujourd'hui en termes de moyens matériels et humains, de capacité d'initiative, de visibilité nationale et internationale.

Même si la première est tenue d'entrer dans la nouvelle organisation, alors que la seconde est appelée au volontariat, cela vaut aussi bien pour l'ENSP que pour l'université.

École d'application et École des hautes études en santé publique

La question de la place de l'ENSP dans la réforme semble être sans objet puisque la loi du 9 août 2004 prévoit son intégration pure et simple dans le futur établissement⁴. Le projet de décret constitutif pris en application de la loi va évidemment dans ce sens et fixe un terme à l'existence de l'établissement public administratif qu'est l'ENSP dès lors que l'EHESP sera effectivement créée⁵.

Or, comme en atteste l'exposé des motifs de la loi précitée, la réforme n'a pas pour but de transformer l'ENSP en EHESP en changeant le nom, le statut et en étendant les missions de l'actuel établissement. Elle poursuit, en même temps que le maintien et le développement des formations destinées aux élèves fonctionnaires formés à Rennes, l'objectif de construction

école, le Pr J Senecal PU-PH de pédiatrie, souhaitait même que les assistants des facultés de médecine enseignant la santé publique passent par l'ENSP.

De plus, la nouvelle institution devait être dotée de deux équipes Inserm, l'une en sciences sociales, l'autre en santé publique. Elles furent finalement créées ailleurs.

Ces difficultés n'ont pas empêché l'école de rechercher des collaborations avec le monde de l'enseignement supérieur.

Le 13 février 1973, le diplôme d'ingénieur du génie sanitaire entre dans la liste des titres d'ingénieur comme diplôme de spécialisation. La même année, le conseil de l'université de Rennes 1 se déclare favorable à ce que des doctorats (de troisième cycle probablement) soient préparés au sein de l'ENSP. Le ministre des Affaires sociales s'y est opposé.

4. L'article 86 de la loi est ainsi rédigé : « L'École des hautes études en santé publique assume en lieu et place de l'École nationale de la santé publique les droits et obligations de l'employeur vis-à-vis de ses personnels. Ceux-ci conservent les mêmes conditions d'emploi. Les biens, droits et obligations de l'École nationale de la santé publique sont transférés à l'École des hautes études en santé publique. Ce transfert est exonéré de tous droits ou taxes et ne donne pas lieu à rémunération. »

5. L'article 30 du projet est ainsi rédigé : « À la date d'installation des conseils de l'EHESP dans leur formation plénière, le décret n° 93-703 du 27 mars 1993 est abrogé ».

d'un réseau « national favorisant la mise en commun des ressources et des activités des différents organismes publics et privés compétents »⁶. C'est dire que l'EHESP sera composée, à terme, de plus d'éléments que la seule ENSP. Le projet de décret constitutif ne dit pas autre chose lorsqu'il prévoit, en empruntant au droit commun des établissements d'enseignement supérieur et en ses articles 15, 16 et 17, les différentes catégories de « composantes » qui pourront être créées au sein de la nouvelle école⁷.

L'EHESP sera organisée en « départements » qui pourront se consacrer à la formation, à la recherche ou aux deux activités. Des « instituts » pourront être créés en son sein et elle pourra se doter de « services communs ».

Les différences entre ces trois catégories tiennent :

- aux modalités de création et d'organisation,
- au degré d'autonomie par rapport à l'EHESP.

Les départements et les services communs, qu'elles que soient leurs fonctions, sont créés par le conseil d'administration de l'EHESP⁸. Les instituts sont créés par arrêté conjoint des ministres exerçant la tutelle sur l'école⁹.

Leurs modalités d'organisation sont différentes. Les départements et les instituts sont forcément dotés d'un conseil, alors que l'existence de celui-ci est facultative pour les services communs. Tous sont dirigés par un directeur qui est élu par le conseil dans les départements, désigné dans des conditions fixées par l'arrêté de création pour les instituts et nommé par le directeur de l'école pour trois ans s'agissant des services communs.

Telles sont les données permettant de se prononcer sur la forme la mieux adaptée à l'actuelle ENSP au sein de l'EHESP. Mais, bien évidemment, la réponse à la question posée ne saurait se réduire à une approche juridique. En pratique, il faut s'interroger sur les missions qui doivent être imparties à la future composante et sur les projets de développements qu'elle peut légitimement nourrir pour choisir la forme juridique la plus adéquate.

Les missions actuelles de l'ENSP sont définies par le décret n° 93-703 du 27 mars 1993, qui lui confie le soin :

« 1° de participer à la formation professionnelle initiale et continue des personnels chargés des affaires sociales et de la santé, d'assurer plus particulièrement celles des cadres supérieurs des services extérieurs de ces ministères et des établissements publics de santé et des établissements ou organismes publics sociaux et médico-sociaux ;

« 2° d'apporter son concours aux autres départements ministériels, aux collectivités territoriales, aux institutions

6. Art. 84 et 85 de la loi précitée.

7. L'article 10-4° du projet de décret précité offre également la possibilité de créer un SAIC.

8. Art. 10-4° du projet de décret précité.

9. Art. 16 du projet de décret précité.



La formation en santé publique : un domaine en mutation

publiques et privées, aux organisations syndicales et aux associations, pour la formation de leurs cadres responsables d'activités sanitaires, sociales, médico-sociales ou concernant l'environnement;

« 3° de concourir à l'approfondissement des connaissances dans les domaines de sa compétence par des programmes de recherche et d'études établis soit à son initiative, soit à la demande des pouvoirs publics, en collaboration, le cas échéant, avec des universités et des organismes nationaux ou internationaux;

« 4° d'entreprendre des actions de coopération à caractère international en matière d'enseignement et de recherche à la demande des pouvoirs publics ou d'États et d'organismes de recherche ou de formation étrangers. »

Pour mener à bien ces missions, l'école s'est dotée d'une organisation en trois départements pédagogiques, en une dizaine de filières professionnelles et en services supports. Pourvue d'un corps enseignant permanent (70 personnes), elle fait appel à de très nombreux chargés de cours (1 600 par an) et dispose d'un budget annuel de 50 millions d'euros.

La création de l'EHESP pose le problème de l'articulation entre la structure actuelle et la future institution.

Il est possible, c'était le scénario retenu par le rapport Igas/IGAENR du mois de juin 2004, d'imaginer une pure et simple insertion de l'ENSP dans l'EHESP. Gardant ses missions, son organisation, ses financements, l'actuelle école devient une composante autonome du nouvel EPSCP sur le modèle de certains instituts universitaires qui peuvent, par convention passée entre eux et l'université à laquelle ils sont administrativement rattachés, mettre à disposition ou bénéficier de la mise à disposition de certaines fonctionnalités (scolarité, service des affaires internationales, accès des étudiants aux centres de documentation, échanges de services enseignants, mise à disposition de personnels non enseignants). Un tel scénario serait sans doute très apprécié de certains milieux professionnels qui militent pour le *statu quo* en plaidant la « spécificité » de leur formation par rapport aux enseignements universitaires. Elle recueillerait aussi, peut-être, le soutien de certains personnels de l'ENSP, inquiets de se retrouver placés sous la tutelle de l'administration de l'Éducation nationale. Elle pourrait même convenir à certains universitaires soucieux de ne pas voir le niveau de la future EHESP « abaissé » par la présence, en son sein, d'une école d'application.

Pour autant, on mesure bien les inconvénients d'un tel dispositif.

Ils se résument en une question : « Faut-il, pour cela, créer une EHESP ? ». L'insertion de l'ENSP dans une autre structure est en effet, dans ce cas, une source de difficultés sans aucun avantage en rapport. L'école actuelle fonctionne à la satisfaction des élèves, des employeurs et des financeurs. S'il s'agit de la conserver à l'identique au sein de l'EHESP, il vaut mieux l'en extraire d'emblée et modifier, sur ce point, la loi de santé publique. Ce retour en arrière n'empêchera nullement de poursuivre l'objectif de construction d'un réseau d'enseignements

académiques en santé publique (le seul *stricto sensu* envisagé par la loi) par la mise en commun de l'offre de formation universitaire. Peut-être même qu'il en facilitera la réalisation puisque, dans cette hypothèse, la construction de l'EHESP deviendrait l'affaire du seul ministère de l'Éducation nationale au lieu d'être, comme aujourd'hui, un dossier interministériel.

À cette lecture de la loi caricaturée en un « collage » entre l'existant qu'est l'ENSP et le virtuel qu'est le réseau des enseignements universitaires de santé publique, il est permis d'opposer une autre vision qui se fonde sur la notion même de santé publique.

« La santé publique est un système d'actions qui intervient sur les conditions collectives de la santé et utilise des disciplines scientifiques comme la sociologie, l'épidémiologie, l'économie, le droit, les savoirs de l'ingénieur, l'ensemble des disciplines de la biomédecine, etc. Il s'agit pour l'ensemble des acteurs de ce système de promouvoir les conditions d'un meilleur état de santé des populations, par des interventions touchant peu ou prou à l'ensemble des secteurs de l'activité humaine.

« Les problèmes rencontrés, que ce soit du côté de l'environnement (l'amiante, la pollution, les éthers de glycol), que de celui du développement social (misère, exclusion), nécessitent, pour être pris en compte, des études très pointues des experts de ces champs, épidémiologistes, physiciens, biologistes, sociologues, économistes, etc. Pour autant, ces problèmes ne pourront se traiter sans une mise sur agenda politique qui nécessite des études de sociologie et de psychologie appliquée, une capacité de mobilisation des populations concernées, l'organisation de campagnes de lobbying suffisamment convaincantes, une bonne connaissance du droit et de la science politique en général.

« Tenir compte de ces exigences appelle plusieurs transformations. Les cursus proposés doivent s'ouvrir sur des métiers diversifiés : des scientifiques adonnés à la recherche fondamentale ou appliquée dans les diverses disciplines du champ de la santé publique; des administrateurs capables de mettre en œuvre des programmes d'action; des lobbyistes capables de faire le siège des décideurs politiques; des éducateurs capables de mobiliser la population dans l'analyse des problèmes et la recherche de solutions; des ingénieurs capables d'identifier les problèmes et d'inventer les traitements nécessaires, etc. »¹⁰.

Il est très facile de vérifier la pertinence de ces propositions en examinant l'organisation des grandes écoles de santé publique à travers le monde et les missions qu'elles assument, qu'il s'agisse, par exemple, de Harvard¹¹, ou de la London School of Public Health

10. Ph. Lecorps, « Pourquoi créer une EHESP », in « Objectif EHESP » ENSP, mars 2004 p. 5-8.

11. « The field of public health is inherently multi-disciplinary. So, too, are the interests and expertise of the School's faculty and students, which extend across the biological, quantitative, and social sciences. With our roots in biology, we are able to confront the most pressing diseases of our time—AIDS, cancer, and heart

and Tropical Medicine¹². On peut aussi, pour ce faire, se référer aux grandes fonctions de la santé publique admise au niveau international¹³.

Dès lors, il paraît judicieux de penser qu'il y a place, au sein de l'EHESP, école de santé publique, pour une composante chargée de former ceux que, dans d'autres systèmes, on appellerait des « administrateurs de santé » et qui sont en France, pour l'essentiel, les fonctionnaires œuvrant dans le champ sanitaire et social pour l'une des trois fonctions publiques.

Ce « cœur de métier » correspond à la première mission assignée par la loi du 9 août 2004 à l'EHESP. Dans notre système français d'enseignement supérieur, il s'exerce à l'extérieur des institutions universitaires et ne donne pas systématiquement lieu à l'obtention d'un diplôme dans le contexte du LMD. La pression de certains milieux professionnels, le niveau réel d'entrée de l'immense majorité des élèves fonctionnaires, la densité et la diversité de l'offre de diplômes en santé publique sur l'ensemble du territoire national poussent d'ailleurs, pour le moment, à pérenniser cette situation et à dissocier formation professionnelle et formation académique. Les premières pourraient — ce qui, sauf exception, n'est pas le cas aujourd'hui — déboucher sur des diplômés professionnels authentifiés par un arrêté conjoint des ministres exerçant la tutelle sur l'école. Les secondes ont *a priori* vocation à se développer dans d'autres composantes de l'EHESP et à être ouvertes aux élèves fonctionnaires qui souhaiteraient s'y inscrire¹⁴. Rien cependant ne s'oppose à ce que la composante chargée, dans le contexte qui vient d'être sommairement rappelé, des formations professionnelles soit également porteuse d'une offre de formation académique diplômante dans un champ proche des préoccupations des élèves qu'elle scolarise. On peut ainsi imaginer qu'elle soit l'organisatrice d'un diplôme de master pour lequel l'EHESP serait habilité dans le champ des sciences

disease—by adding to our knowledge of their underlying structure and function. Core quantitative disciplines like epidemiology and biostatistics are fundamental to analyzing the broad impact of health problems, allowing us to look beyond individuals to entire populations. And, because preventing disease is at the heart of public health, we also pursue the social sciences to better understand health-related behaviors and their societal influences—critical elements in educating and empowering people to make healthier lifestyle choices. » School of Public Health (extrait du site Internet de présentation de l'école le 9 janvier 2006).

12. « *To contribute to the improvement of health worldwide through the pursuit of excellence in research, postgraduate teaching and advanced training in national and international public health and tropical medicine, and through informing policy and practice in these areas.* » (extrait du site Internet de présentation de l'école le 9 janvier 2006).

13. Pommier J. *Quelles sont les fonctions essentielles de santé publique, revue de littérature*, Société française de santé publique, janvier 2003 (cf. encadré).

14. Dans ce contexte, la composante formation professionnelle n'a pas vocation (même si elle peut choisir de le faire) à développer un effort particulier dans le champ de la recherche académique. Elle a plutôt vocation à développer des activités d'expertise au service des mondes professionnels qu'elle contribue à former de façons initiale et continue.

Les fonctions de la santé publique

Les fonctions de la santé publique définies par les grandes organisations internationales, dont l'OMS, et l'organisation panaméricaine de la santé :

- surveillance épidémiologique
- analyse de l'état de santé
- promotion de la santé
- développement des ressources humaines
- participation sociale et intersectorielle à l'amélioration de la santé

- politiques et action sociale
- planification en santé publique
- réglementation et contrôle
- garantie d'accès aux soins
- évaluation
- développement et recherche
- environnement
- désastres, accidents, catastrophes.
- santé et travail

humaines et sociales mention santé publique, et intitulé « politique et gestion en santé publique », s'inspirant de ce qui se pratique dans les écoles anglo-saxonnes de santé publique sous la bannière « *Health Policy and Management* »¹⁵.

Conformément à la politique d'habilitation promue par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, la localisation de ce master dans la composante « formation professionnelle » ne peut s'envisager sans un fort adossement à la recherche c'est-à-dire à une équipe propre à l'institut ou à une équipe de l'EHESP.

Ces hypothèses invitent donc à penser deux possibilités :

- une composante uniquement dédiée aux formations professionnelles de fonctionnaires pouvant délivrer des diplômes propres et poursuivant des activités qui tiennent plus de l'expertise que de la recherche au sens académique du terme ;
- une composante d'enseignement et de recherche ajoutant à la compétence décrite ci-dessus la capacité d'offrir un master de santé publique dans un domaine proche de son « cœur de métier ».

Dans le premier cas, la spécificité de la mission unique conduit à préconiser la création d'un institut très autonome par rapport à l'EHESP et bénéficiant de financements *ad hoc*, d'institutions propres dérogeant aux principes de gouvernement des EPSCP au profit d'une représentation privilégiée des donneurs d'ordre (les employeurs) et des milieux professionnels.

Dans le second scénario, il est possible d'hésiter entre un institut et un département d'enseignement et de recherche. L'absence totale d'autonomie du second par rapport à l'EHESP n'est pas un problème si les organes de l'école font une place suffisante aux donneurs d'ordre et aux milieux professionnels. L'intégrité des financements dédiés aux formations professionnelles n'est pas non plus un problème à l'ère de la LOLF et de la comptabilité analytique. L'élection du directeur de département par le conseil, lui-même composé des trois

15. Cf., par exemple, ce que propose Harvard dans ce champ de l'enseignement et de la recherche en santé publique : www.hsph.harvard.edu/Academics/hpm/



La formation en santé publique : un domaine en mutation

tiers habituels dans les EPSCP, constituerait un « choc culturel » pour les ministères de la Santé et des Affaires sociales et pour les milieux professionnels. Elle n'est pas en elle-même un élément suffisant pour écarter l'hypothèse de formations professionnelles organisées dans le cadre d'un département d'enseignement et de recherche de l'EHESP, surtout si l'on se rappelle qu'un contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'école et les ministères de tutelle permettra, en plus des arrêtés de formation organisant les dispositifs pédagogiques destinés aux fonctionnaires, de rassurer les donneurs d'ordre et les milieux professionnels sur l'adaptation des formations aux exigences des employeurs.

Reste la question des services communs et de la logistique permettant de faire vivre concrètement l'EHESP.

Aujourd'hui l'ENSP est dotée d'une direction des affaires internationales, d'un service de la formation continue et d'un centre de documentation et de ressources pédagogiques qui, dans un EPSCP, pourraient être érigés en services communs. Quel que soit le périmètre de ses missions, la composante qui prendra la suite de l'ENSP continuera à avoir besoin des services fournis par ces entités. Il est donc concevable de les y maintenir et de considérer que l'EHESP doit, par elle-même, se donner les moyens de constituer progressivement des services communs. Il y a là un risque non négligeable de pénaliser durablement le développement de la future institution¹⁶.

On peut, à l'opposé, plaider pour que ces entités soient effectivement apportées au capital de départ de l'EHESP sous réserve que leur financement soit, dès la première année de fonctionnement de la nouvelle école, équitablement partagé entre les ministères de tutelle au lieu d'être, comme aujourd'hui dans l'ENSP, à la charge des seuls ministères chargés de la Santé et des Affaires sociales. Fortes de leur expérience, elles offrent un socle permettant d'envisager des actions au nom de l'EHESP permettant de la rendre visible dans le concert international des écoles de santé publique.

Il en va de même pour les services « supports » organisés au sein de l'actuelle ENSP : direction des systèmes d'information, service communication, contrôle de gestion, direction des finances, direction des ressources humaines, direction de la logistique et de la clientèle. Ils peuvent apporter leur expérience de gestion d'une grande école à l'EHESP pour lui permettre d'être immédiatement opérationnelle, sous réserve, là encore, d'abonder leur financement au-delà des ressources actuelles de l'école et de renforcer leurs effectifs tant il est vrai que leur charge de travail excède déjà, souvent, leur capacité de faire.

Une telle démarche permet de construire le « pilier » des formations professionnelles destinées — lorsqu'elles

¹⁶. La décision appartiendra aux organes de la future EHESP puisque la loi du 9 août a prévu que l'intégralité du patrimoine de l'ENSP serait dévolue à l'EHESP. Cela limite les possibilités d'autonomie d'un éventuel institut des formations destinées aux élèves fonctionnaires.

sont initiales —, tant que la construction statutaire n'aura pas évolué, aux fonctionnaires œuvrant dans le champ sanitaire et social. Elle ne dit rien évidemment de la construction de l'autre « pilier » voulu par le législateur qui doit permettre « d'assurer un enseignement supérieur en matière de santé publique ; à cette fin, elle (l'EHESP) anime un réseau national favorisant la mise en commun des ressources et des activités des différents organismes publics et privés compétents » et « de contribuer aux activités de recherche en santé publique ».

Un réseau délivrant des enseignements en santé publique

L'enseignement supérieur et la recherche en matière de santé publique ne sont pas à construire, ils existent de façon plutôt pléthorique. Il s'agit donc moins de créer que d'organiser autrement pour « mettre en commun » comme le dit la loi précitée. C'est un exercice difficile dès lors que la contrainte est exclue et que la forte incitation assortie de moyens substantiels n'a jamais été explicitement évoquée comme une méthode possible pour construire l'EHESP.

À la différence de ce qui va arriver pour les formations professionnelles, il paraît donc prudent de penser l'élaboration de ce pilier dans la longue durée, sans que l'on puisse pour autant s'en remettre aux vertus du temps qui passe pour convaincre les universitaires de s'engager dans cette construction qui ne saurait être uniquement juridique et financière mais doit, avant tout, reposer sur un projet pédagogique et scientifique.

Ici, la question n'est pas tant « Que faut-il enseigner dans une école de santé publique ? »¹⁷ que « Comment constituer le socle de l'enseignement et de la recherche de l'EHESP ? » Il faut en effet donner, le plus rapidement possible, un corps à ce réseau d'enseignement en respectant deux contraintes :

- l'autonomie des universités que l'on ne peut obliger à collaborer avec la nouvelle école ;
- la rareté des moyens financiers, humains et matériels susceptibles d'être affectés d'emblée à l'EHESP.

On peut y ajouter la volonté affichée par la Direction de l'enseignement supérieur de réduire le nombre de masters offerts pour garantir la qualité du dispositif de formation.

Pour autant, il ne paraît pas raisonnable d'ouvrir en octobre 2006 une École des hautes études qui ne serait pas immédiatement capable d'inscrire des étudiants dans ses formations. Pour ce faire, il est possible d'imaginer des co-habilitations entre l'EHESP et des universités sur la base de diplômes existants.

Trois masters habilités, qui ont en commun d'être déjà construits sur un mode coopératif entre des universités et l'ENSP, pourraient servir de point d'ancrage à cette initiative :

¹⁷. Le corpus mis en œuvre dans les grandes écoles existant à l'étranger, tempéré d'une once de « génie français », permet de répondre sans difficulté à cette question.

- Éducation pour la santé, université de Clermont-Ferrand ;
- Droit, éthique, santé, protection sociale, université Rennes 1 ;
- Santé environnementale, université Paris VII–XI.

Cette proposition présente plusieurs avantages en rapport avec le souci de rendre effective la création du « pilier » universitaire de l'EHESP :

1. Elle permet de couvrir d'emblée une large partie des fonctions ordinairement dévolues aux écoles de santé publique. Ainsi, la future école n'est pas « réduite » à la formation des « administrateurs de santé ». Elle offre des formations dans trois champs qui figurent au programme de toutes les grandes institutions comparables dans le monde. Par contre, elle ne propose rien en épidémiologie. Il convient bien entendu d'examiner au plus vite la possibilité de remédier à un état de fait qui prive la nouvelle école d'une offre dans un domaine fondamental en matière d'enseignement et de recherche en santé publique¹⁸.

2. Elle jette les bases « physiques » du réseau voulu par le législateur avec trois pôles géographiques spécialisés qui peuvent attirer à eux des collaborations (par exemple, Nancy travaille avec Clermont-Ferrand, l'ENSP participe aux trois masters) et donner ainsi envie à d'autres partenaires universitaires de s'inscrire dans le nouveau dispositif ;

3. L'opération se fait sur la base de diplômes existants, c'est-à-dire à coût constant, et créé immédiatement une offre pédagogique de la future école.

Il s'agit de construire un socle pour permettre le développement de l'EHESP qui sera poursuivi simultanément dans deux directions :

- diversifier l'offre au niveau master ;
- créer et faire fonctionner une école doctorale en santé publique.

Diversifier l'offre au niveau master c'est, on l'a dit plus haut, inclure au plus vite une offre en épidémiologie et en biostatistiques. C'est aussi couvrir les champs de la santé au travail, de la médecine internationale et/ou du développement et, progressivement, tous ceux qui doivent figurer dans l'offre pédagogique d'une école des hautes études dévolue à la santé publique¹⁹.

18. Cf. par exemple le programme de formation en santé publique vu de Harvard : « *Primary focus on population ; Public service ethic, as an extension of concerns for the individual ; Emphasis on disease prevention and health promotion for the whole community ; Public health paradigm employs a spectrum of interventions aimed at the environment, human behaviour and lifestyle, and medical care ; Variable certification of specialists beyond professional public health degree ; Lines of specialization organized, for example, by : analytical method (epidemiology, toxicology), setting and population (occupational health, international health), substantive health problem (environmental health, nutrition) ; biological sciences central, stimulated by major threats to the health of populations ; research moves between laboratory and field ; numerical sciences an essential feature of analysis and training ; social sciences an integral part of public health education* ».

19. Cf. la liste des champs d'enseignement et de recherche couverts par deux des plus grandes écoles nord-américaines : Harvard et John Hopkins.

C'est également se préoccuper de rayonnement et de coopération internationale. L'EHESP ne partira pas de rien puisque, prenant la suite de l'ENSP, elle coordonne un consortium international de formation avec cinq autres établissements : l'École de santé publique de Copenhague, l'École andalouse de santé publique de Grenade, l'Institut de santé publique de Cracovie, le département de santé publique de l'université de Sheffield et l'université de Rennes I. La formation en santé publique « Europubhealth » développée par ce consortium a obtenu le label Erasmus Mundus décerné par la Commission européenne en 2005 et ouvrira à la rentrée universitaire 2006. Elle pourra également bénéficier de l'expérience internationale des partenaires universitaires précités et sera membre d'un certain nombre d'associations internationales de santé publique au nombre desquelles figurent l'Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER), et European Health Management Association (EHMA).

Créer et faire fonctionner une école doctorale en santé publique est évidemment indispensable dans le cadre du grand établissement voulu par le législateur. Il est sans doute possible d'imaginer pour ce faire un mode de fonctionnement inspiré de celui de l'École des hautes études en sciences sociales avec des « directeurs d'études » qui seront des universitaires venus organiser des séminaires doctoraux et diriger des thèses dans leur spécialité. Le plus difficile ici n'est sans doute pas l'organisation concrète (qui refusera d'être élu comme directeur d'études au sein de la future école ?) mais le statut du doctorat en santé publique. Essentiellement, pour ne pas dire exclusivement, poursuivi aujourd'hui par des médecins, il devrait, pour être en phase avec la logique de construction de l'EHESP, s'ouvrir significativement à des non-médecins. Dès lors, comme cela s'est produit pour les sciences politiques ou les sciences de l'information et de la communication, il sera nécessaire, un jour, de s'interroger sur la possibilité de créer, sinon une discipline, au moins une section de CNU non spécifiquement médicale consacrée à la santé publique²⁰.

Il va sans dire que ce projet doit être pensé dans la durée. L'ENSP va immédiatement rejoindre l'EHESP, l'université y viendra sans doute de façon plus lente. La vie de la future école sera, comme pour tous les établissements d'enseignement supérieur, rythmée par les contrats quadriennaux. Le premier devra être conclu au plus vite car sa signature et son contenu constitueront les éléments d'un message fort adressé à tous ceux qui doutent encore de l'intérêt de la réforme et hésitent à y prendre leur place. ✎

20. Pour l'heure, la section 46 du Conseil national des universités, (CNU) intitulée « Santé publique, environnement et société » comporte quatre sections :

- épidémiologie, économie de la santé et prévention ;
- médecine et santé au travail ;
- médecine légale et droit de la santé ;
- biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication.



Aspher : vers une accréditation européenne des formations en santé publique ?

Forte de ses 70 membres répartis sur toute la région Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹, l'Association des écoles de santé publique de la région Europe (Aspher) est engagée depuis 2001 dans le chantier de l'accréditation des formations supérieures en santé publique. Il peut être intéressant de s'interroger sur la pertinence d'une telle démarche alors qu'existent, dans la grande majorité des États où se trouvent les institutions membres de l'Aspher, des agences nationales dont c'est précisément la vocation.

Plusieurs raisons à cela, mais trois nous semblent utiles de développer ici : en premier lieu, le caractère souvent insuffisamment spécifique du champ d'études de l'accréditation/certification délivrée, l'harmonisation européenne des diplômes, et enfin le besoin de comparaison à un niveau supranational de formations qui s'efforcent de répondre à des enjeux de santé publique de plus en plus complexes et dont l'ampleur est de plus en plus globale.

Le caractère souvent insuffisamment spécifique du champ d'études de l'accréditation/certification délivrée

Ce constat avait déjà amené l'Aspher à développer une démarche qualité propre aux formations supérieures en santé publique dite « PEER Review »², ou évaluation par des pairs. Il s'agit de fournir aux responsables du programme, sur la base d'un rapport d'auto-évaluation rédigé par l'établissement, suivi d'une mission sur site d'experts, un avis et éventuellement des recommandations structurées autour de neuf critères préalablement établis. Les neuf critères du

PEER Review sont : développement et mission de l'établissement, environnement externe, environnement interne (en termes d'organisation), enseignants, étudiants, programme de formation, moyens et ressources, recherche et management de la qualité.

Les experts de l'Aspher ont plus que rôdé cette démarche car elle s'est appliquée à plus de 20 programmes et 15 pays. La liste complète des PEER Reviews est disponible sur le site Internet de l'Aspher : www.aspher.org/D_services/peer/Peer.htm.

L'intérêt pour les gestionnaires de programmes de formation réside précisément dans le caractère approfondi de la démarche qui se concentre sur le contenu des enseignements, la pédagogie et les objectifs de la formation proposée.

Il s'agit donc, en s'inspirant de cette expérience, de l'appliquer à une démarche d'accréditation des programmes sur la base, non plus de simples critères, mais de standards internationaux reconnus par la profession à l'instar de ce qui se fait dans le monde des MBA et de certaines formations d'ingénieur.

L'harmonisation européenne des diplômes

On a vu se multiplier, ces dernières années, des parcours de formation européens impulsés par la déclaration dite « de Bologne » et son schéma d'organisation des cursus universitaires dits « 3-5-8 » ou LMD (licence, master, doctorat). Il s'agit notamment de permettre et de faciliter la collecte par les étudiants de crédits européens dans plusieurs établissements d'enseignement supérieur répartis sur le territoire de l'Union européenne. Si les enjeux de santé publique sont globaux, la formation des spécialistes à travers l'acquisition et la reconnaissance de crédits acquis et validés au niveau européen s'avère donc plus que nécessaire. Là encore les formations spécialisées du type MBA organisent des périodes de for-

mation dans divers établissements en réseau, donnant ainsi aux étudiants un enseignement et une expérience de vie européenne.

Sans prétendre à l'exhaustivité, une accréditation européenne pourrait faciliter une reconnaissance mutuelle des formations en offrant un label européen aux formations de qualité existant en Europe.

C'est ce que le réseau EMPH, « European Master of Public Health », coordonné par l'Aspher, a mis en place avec un relatif succès depuis 2003.

Le besoin de comparaison des formations à la santé publique à un niveau supranational

Face à la diversité et à la multiplicité des formations et de leurs approches, voire des concepts, que reflète d'ailleurs la composition de l'Aspher, il est indispensable d'essayer d'y voir clair. C'est le constat que l'Aspher a pu faire à travers notamment le programme financé par la fondation Open Society Institute (OSI) de 2001 à 2005, conduit dans des pays aussi différents que l'Albanie, l'Arménie, la Roumanie ou l'Ouzbékistan, pour ne citer que quatre parmi les douze pays concernés par ce programme. Ces pays partageaient néanmoins une conception de la santé publique répandue dans l'ancien bloc socialiste, dit modèle sanitaire épidémiologique ou SaniEpi, éloigné de l'approche plus holistique de la santé publique telle qu'on la conçoit en Amérique du Nord et en Europe occidentale.

L'existence du PEER Review a permis à l'Aspher de faciliter la phase de transition de ces écoles vers une appropriation des concepts et des pratiques de santé publique les plus récents.

L'espoir nourri par l'Aspher serait donc de disposer d'une agence européenne dédiée à l'accréditation des formations supérieures en santé publique, appliquant des standards reconnus afin de systématiser et d'officialiser ce qui a été fait par l'association à sa modeste échelle.

Thierry Louvet
Directeur exécutif,
Aspher

1. La région Europe de l'OMS couvre le continent eurasiatique, plus Israël (pour plus d'informations et une carte, se référer au lien suivant : www.euro.who.int/countryinformation).

2. Cf. *Quality Improvement and Accreditation of Training Programmes in Public Health, A Fondation Mérieux - Aspher joint project 2000-2001*, Édition fondation Mérieux, July 2001, ISBN 2-84039-084-1.

État actuel et perspectives de la formation universitaire en santé publique en France

Au sens strictement disciplinaire¹ la santé publique est enseignée en France par un corps de plus de 300 hospitalo-universitaires titulaires, professeurs et maîtres de conférence, regroupés en quatre sous-sections du Conseil national des universités (CNU)² : épidémiologie, économie de la santé et prévention ; médecine et santé au travail ; médecine légale et droit de la santé ; bio-statistiques, informatique médicale et technologies de la communication. Quatre caractéristiques de cette discipline font actuellement débat à l'occasion des discussions sur les réformes de l'enseignement de la santé publique en France : le modèle de santé dans lequel elle s'inscrit, sa place dans le champ de la santé publique, son ancrage dans les pratiques et sa lisibilité nationale et internationale.

En France, comme dans de nombreux pays, les enseignants de santé publique sont rattachés aux facultés de médecine. Leurs missions de base comportent la formation initiale et continue des médecins et des spécialistes en santé publique dans le cadre du diplôme d'étude spécialisé (DES) délivré aux internes de la discipline. Cela implique-t-il qu'ils fonctionnent dans un modèle purement biomédical où certains aimeraient les enfermer pour mieux promouvoir leurs propres formations ? À l'évidence non, car nous sommes souvent les seuls à développer au sein de nos facultés un modèle global de santé intégrant l'ensemble des déterminants dans une approche bio-psycho-sociale. Depuis près de quinze ans, nous proposons une offre de formation en direction de publics très variés et pas uniquement des professions de santé. L'analyse de l'offre de formation illustre de façon évidente cette ouverture à travers les diplômes d'universités, les licences et maîtrises de sciences sanitaires et sociales, les très nombreux DESS et DEA, et plus récemment la variété des masters (voir l'article d'E. Sarlon).

Aucun enseignant ne revendique un monopole sur l'intégralité du champ de la santé publique. Cette ouverture existe déjà au sein de nombre de nos facultés par l'intégration dans nos équipes d'enseignants venus des disciplines universitaires non médicales comme les sciences humaines et sociales, l'économie, les mathématiques ou l'informatique. Les obstacles à une généralisation de telles pratiques viennent plus souvent

des choix faits par les universités que d'une décision des enseignants de santé publique. Plus significative encore est la multiplication des partenariats avec les masters permettant, dans le cadre d'enseignements de sites ou de cohabilitations, d'associer des équipes issues de disciplines différentes comme l'éducation pour la santé, le management des actions de santé, l'environnement, l'analyse des systèmes de santé, la gestion des institutions, la promotion de la santé, la santé dans les pays en développement, l'éthique ou l'économie. Ces formations couvrent l'intégralité des champs identifiés comme essentiels par les organismes d'accréditation pour les écoles de santé publique nord-américaines.

La règle pour les formations universitaires est désormais de s'appuyer sur les savoir-faire professionnels et de s'adosser à la recherche. Le statut des enseignants universitaires de santé publique dans les facultés de médecine repose sur une triple mission, l'enseignement, la pratique et la recherche leur conférant une place particulière par rapport à l'ensemble des enseignants du champ de la santé publique. La plupart exercent une activité hospitalière (information médicale, évaluation et gestion du risque, aide à la recherche clinique, évaluation de la qualité), qui est souvent doublée ou parfois remplacée par une activité de praticien de santé publique hors du milieu hospitalier au sein des institutions (ministères, agences, assurance maladie) ou des régions (observatoires régionaux de santé, conférences régionales de santé, comités régionaux d'éducation pour la santé, aide à l'élaboration du plan régional de santé publique). En outre, de nombreux universitaires de santé publique dirigent ou participent à des unités de recherche labellisées. En cinq ans, plus de 6 000 articles scientifiques répertoriés sur *Medline* ont été publiés par les 210 enseignants titulaires des 1^{re} et 4^e sous-sections du CNU de santé publique.

L'enseignement universitaire de la santé publique en France se répartit dans plus de 25 sites de formation³. Ce maillage territorial, favorisé par l'autonomie des universités et l'absence de plan national de formation en santé publique, nuit à l'évidence à la lisibilité nationale et surtout internationale de la discipline. Cet éparpillement, taxé de balkanisation par certains, de richesse par d'autres, impose des regroupements fonctionnels. Des expériences ont été menées ou sont en cours : création d'un UFR de santé publique à Bordeaux, d'un

Jean-Louis Salomez
Professeur de santé publique, CHU de Lille, président du Collège universitaire des enseignants de santé publique

Catherine Quantin
Professeur de santé publique, CHU de Dijon, présidente du Collège des enseignants d'informatique médicale et biomathématiques, méthodes en épidémiologie statistique

1. Nous utilisons ici le terme enseignant de santé publique dans le sens restrictif des membres de la 46^e section du CNU.

2. Nous développons ici essentiellement le point de vue de la première et de la quatrième sous-section du CNU (46^e1 et 46^e4), épidémiologie, économie de la santé et prévention ; biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication.

3. En ne comptant qu'un centre par pôle urbain, y compris Paris. Beaucoup plus si on comptabilise séparément chaque UFR.



La formation en santé publique : un domaine en mutation

réseau dans les cinq villes de l'inter-région Est autour de l'École de Nancy, à Paris-Sud avec un groupement d'intérêt scientifique, ou à Paris VI autour d'une école doctorale. Depuis l'été 2005, les universitaires de santé publique mettent en place, sur des bases géographiques, des pôles interuniversitaires multirégionaux de santé publique (PIMPS). Ces PIMPS, au nombre de cinq⁴ actuellement, ont pour objet d'harmoniser l'offre pédagogique et de développer les partenariats d'enseignement et de recherche sur des bases interrégionales, tout en restant compatibles avec le développement de réseaux thématiques nationaux.


En s'appuyant sur cet existant, l'avenir de l'enseignement universitaire de santé publique en France pourrait s'articuler autour de trois axes : favoriser l'approche inter- et transdisciplinaire, rationaliser l'offre de formation, améliorer la visibilité d'une école française de santé publique.

L'approche multidisciplinaire est favorisée par l'intégration dans les équipes hospitalo-universitaires d'enseignants issus d'autres disciplines. Cette solution ne suffit pas car les universitaires ainsi intégrés sont parfois coupés de leurs disciplines d'origine et leur présence n'est pas garante du développement d'un véritable partenariat. La généralisation des UFR de santé publique semble peu réaliste, car difficilement acceptable par les différentes composantes en place dans les universités peu disposées à céder une partie de leurs ressources. La mise en place de la réforme LMD peut par contre fournir l'opportunité de développer de véritables « Master of Public Health » à l'image de ce qui existe dans de nombreux pays. Les masters de la discipline sont souvent peu identifiables, car intégrés à des mentions plus larges (biologie ou santé) portées par les universités. Le ministère de l'Enseignement supérieur pourrait favoriser le développement de masters de santé publique autonomes, associant plusieurs composantes disciplinaires au sein d'une même université ou en cohabilitation avec d'autres établissements, notamment dans le cadre des PIMPS.

La rationalisation de l'offre est nécessaire car la multiplication des formations est préjudiciable à la qualité et ne se justifie pas par les effectifs d'étudiants. Cette rationalisation passe par deux types de mesures. D'une part, l'élaboration par les enseignants de référentiels de formation dans les principaux axes de la santé publique, incluant l'adossement à la pratique et à la recherche, conduirait à une véritable démarche d'accréditation telle qu'elle existe dans de nombreux pays. Elle ne remplacerait pas, mais compléterait, les missions d'habilitation du ministère de l'Enseignement supérieur. D'autre part, la poursuite de la structuration en réseau sur des bases géographiques ou thématiques

permettrait de réduire quantitativement l'offre de formation tout en augmentant sa qualité.

La lisibilité d'une école française de santé publique passe par l'élaboration d'un label commun, par une structuration nationale et la mise en place d'un espace d'échanges et de formations de très haut niveau. La création de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) semble fournir l'opportunité de cette labellisation et de cette structuration. Pour que ce nouvel établissement ne soit pas une entité de plus dans le paysage de l'enseignement supérieur, il est nécessaire qu'il se donne pleinement les moyens d'assumer les missions que lui a conférées la loi d'août 2004, et notamment le développement et l'animation d'un réseau national de formation et de recherche⁵, en s'appuyant sur les réseaux existants cités ci-dessus. En effet, la structuration nationale ne pourra se faire sans une intégration très significative des enseignants de santé publique dans les processus pédagogiques, scientifiques et décisionnels. Ceux-ci sont prêts à s'investir dans ce projet, y compris en partageant leur temps entre leurs établissements d'origine et l'EHESP, pour peu que des moyens spécifiques et adaptés soient développés et que cet investissement se réalise de façon coordonnée, par exemple sous forme de convention avec les réseaux existants tels que les PIMSP.

La discipline universitaire de santé publique est relativement jeune en France. Elle a su montrer en quelques décennies ses capacités à développer une recherche de qualité et une offre d'enseignement très importante en s'appuyant sur des pratiques professionnelles éprouvées. Elle a ainsi acquis toute légitimité pour, non seulement participer, mais aussi être associée de façon majeure aux réformes de l'enseignement de la santé publique en France. 

4. Nord-Ouest (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Haute et Basse-Normandie), Est (Champagne-Ardenne, Alsace, Lorraine, Bourgogne, Franche-Comté Ouest), Ouest (Bretagne, Pays de Loire, Centre, Poitou-Charentes), Rhône-Alpes et Auvergne, Sud (Paca, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Limousin).

5. Ce texte est écrit alors que la structuration et le projet pédagogique de l'EHESP n'ont pas encore été fixés.

Réflexion sur la formation des médecins en santé publique, treize ans plus tard

En 1992, dans le premier numéro d'adsp, dont le thème était « La formation en santé publique », René Demeulemeester et Michel Dépinoy donnaient leur point de vue. La situation s'est-elle améliorée ? La santé publique dispose-t-elle aujourd'hui d'une formation à la hauteur des attentes ?

René Demeulemeester
Michel Dépinoy
Médecins inspecteurs de santé publique, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

En 1992, nous avons exprimé, sous le titre *Une culture de santé publique en voie de développement*, notre point de vue sur les difficultés auxquelles était confrontée, selon nous, la formation en santé publique. À cette époque, notre analyse était partie de quatre constats qui nous paraissaient expliquer ces difficultés.

Le premier constat était l'absence de définition claire et partagée du « concept de santé publique » et donc du champ d'intervention des professionnels de cette discipline. Notre analyse était que cette « culture de santé publique », qui était construite sur le modèle antérieur des épidémies et de l'hygiène sociale, connaissait une période de renaissance en France. Cependant une certaine confusion régnait entre plusieurs approches : celle centrée sur des dispositifs d'intervention, celle centrée sur la « santé des populations » et la « santé communautaire », celle d'une « gestion publique du système de santé », principalement celui du système de soins et de la sécurité sociale.

Le second constat était que, sous l'intitulé « médecin de santé publique », se cachaient en réalité différents métiers, que nous avions classés en trois grandes fonctions : l'observation, l'action, l'évaluation et le contrôle. Chacun de ces domaines professionnels justifiait un repérage des spécificités et l'élaboration de formations prenant en compte leurs particularités.

Le troisième constat était que l'énoncé d'une politique de santé faisait défaut, à cette époque, et que simultanément il n'existait aucune réflexion prospective sur les besoins de professionnels dans ce domaine.

Le quatrième constat était l'insuffisance de liens entre la pratique, l'enseignement et la recherche. Ainsi les enseignants hospitalo-universitaires nous paraissaient peu impliqués dans les pratiques de santé publique ; la recherche s'intéressait peu à l'approche collective des problèmes de santé et aux retombées opérationnelles de ses travaux. Les praticiens de terrain disposaient de peu d'outils et de méthodes ; ils ne participaient pas aux enseignements délivrés et n'accueillaient aucun étudiant. De ce fait, les formations avaient un caractère académique et peu pratique.

Treize ans plus tard, qu'en est-il ?

L'évolution des politiques de santé publique a été marquée notamment par l'émergence de la sécurité sanitaire, la reconnaissance d'une expertise spécifique et la création des agences sanitaires, par la régionalisation des politiques de santé et plus récemment par l'inscription dans la loi d'une politique de santé publique. La santé publique bénéficie désormais d'une définition de son champ, d'un cadre organisationnel, d'objectifs et de la perspective d'indicateurs de suivi participant à son évaluation.

Ces évolutions ont eu pour conséquence une vulgarisation du vocabulaire de la santé publique. Elles ont entraîné, notamment en région, une diffusion de la démarche de santé publique bien au-delà d'un champ qui était traditionnellement limité au système de soins. La territorialisation des interventions en santé publique, et, en milieu de soins, le développement de l'organisation en réseaux et l'émergence du concept d'éducation du



La formation en santé publique : un domaine en mutation

patient ont ouvert la voie à de nouveaux métiers.

Au plan scientifique et technique, des données probantes commencent à être utilisées dans la conception des interventions ; les conditions favorables à la mise en œuvre des interventions sont mieux connues et les pratiques d'évaluation se développent.

Les compétences du médecin de santé publique se sont précisées

Si les métiers en santé publique sont multi-professionnels, les compétences attendues du médecin de santé publique ont fait l'objet d'une plus grande reconnaissance, mais aussi d'une forte exigence. Une première génération d'internes de santé publique est arrivée sur le marché de l'emploi. Le médecin de santé publique est désormais reconnu comme un spécialiste à part entière ; outre le domaine de l'organisation des soins, il exerce ses activités dans des situations précises, telles que définir des besoins de santé, explorer une situation de risque, implanter des programmes de santé, contribuer à la formulation d'une politique de santé, mais aussi savoir communiquer et collaborer au sein d'équipes pluridisciplinaires. Ainsi son exercice intègre à la fois les capacités de manager et d'assembler, tout autant que celles de savoir utiliser méthodes et outils relevant de l'expertise en santé publique. Une ingénierie professionnelle spécifique s'est construite, mobilisant plusieurs domaines de connaissances : médicales, statistiques, sociologiques, juridiques, politiques...

Cependant, la réflexion prospective sur les besoins de formation de médecins de santé publique fait toujours défaut alors même que nous abordons une période cruciale, durant laquelle les cessations d'activité seront nombreuses pour des raisons démographiques.

Enfin, le divorce persiste entre pratique, formation et recherche

L'adage demeure, encore trop souvent vérifié, qui veut que la santé publique, en France, est une discipline que les enseignants ne pratiquent pas (du moins en dehors de l'hôpital), que les praticiens n'enseignent pas et que les chercheurs ni ne pratiquent ni n'enseignent. Les rares tentatives d'exercice à temps partagé d'activités de santé publique extra-hospitalières et d'enseignement de la santé publique sont demeurées sans lendemain. Faute de projets structurants fédérateurs, la recherche a peu contribué au renouvellement des pratiques ; quant aux praticiens soucieux

de rigueur méthodologique, c'est le plus souvent à l'étranger qu'ils sont allés chercher leurs modèles.

Les propositions aujourd'hui

Afin de remédier à cette situation, nous avons modestement formulé quatre propositions qui nous paraissent pouvoir être mises en œuvre, sans nécessiter d'importantes réformes.

La première était d'introduire, dans le 1^{er} et le 2^e cycle des études médicales des éléments de la « culture de santé publique », c'est-à-dire des connaissances mais aussi des méthodes de raisonnement centrées sur l'approche collective des problèmes de santé, en rapport avec la pratique future de ces professionnels. La proposition n'était pas d'introduire un enseignement de santé publique, qui le plus souvent intéresse peu les étudiants, mais de travailler sur des cas concrets, leur permettant de comprendre l'intérêt d'utiliser d'autres méthodes que l'approche clinique centrée sur l'individu. Ainsi, l'épidémiologie, l'évaluation, l'intervention éducative communautaire, la participation à des réseaux médico-sociaux sont quelques exemples de domaines à découvrir pour le jeune étudiant en médecine.

La seconde proposition était d'ouvrir à d'autres disciplines la formation en santé publique. Leurs apports sont nombreux et essentiels, tant pour la compréhension que pour l'action. Nous avons mentionné la démographie, la sociologie, l'économie, le droit et l'éthique appliqués à l'abord communautaire de la santé et de connaissances relatives aux différentes institutions intervenant dans le domaine sanitaire et social. Nous insistons également pour que les enseignements soient « opérationnels » et qu'ils permettent « une confrontation dynamique des expériences ».

La troisième proposition était un plaidoyer pour une formation continue, qui soit en adéquation avec les situations professionnelles et les problèmes concrets que les praticiens de santé publique ont à résoudre.

Enfin, la quatrième proposition était d'inciter à une réflexion commune, associant employeurs, formateurs, médecins de santé publique et chercheurs. Plusieurs propositions concrètes étaient faites, afin de faire tomber certains murs qui entravent une réflexion prospective sur ce sujet.

La plupart de ces propositions sont encore d'actualité

La santé publique demeure peu enseignée

dans le cadre du cursus du 1^{er} et 2^e cycle des études médicales, ce qui contribue à entretenir une « incompréhension culturelle » entre les acteurs de santé publique et les professionnels de santé.

La formation au niveau de l'internat de médecins spécialistes de santé publique ne règle pas deux exigences importantes à respecter :

- favoriser les échanges avec d'autres filières de formation non médicales ;
- rapprocher pratique, enseignement et recherche.

La relance d'une réflexion commune relative à l'exercice de la santé publique réunissant les différents acteurs concernés, au-delà des positions identitaires et corporatistes, paraît d'autant plus utile aujourd'hui que nous observons déjà, à bas bruit, une progressive détérioration des conditions de travail, avec une inadéquation croissante entre charge de travail et ressources disponibles.

L'École des hautes études en santé publique pourrait être la structure qui permettrait d'associer pratique, enseignement et recherche, à condition qu'elle ne reproduise pas en son sein les clivages préexistants (par exemple, que l'École nationale de santé publique ne se voie pas cantonner dans une mission de formation professionnelle tandis que l'université assurerait de son côté l'essentiel de la recherche et de la formation académique). Praticiens, enseignants et chercheurs de différentes disciplines pourraient être étroitement associés dans de grands projets d'actions et de recherche à la nouvelle frontière de la santé publique : les inégalités de santé, le vieillissement de la population, la promotion de la santé mentale, la réorganisation du système de soins...

Pourquoi est-il si difficile de greffer l'enseignement de la santé publique sur notre système de santé?

Appréhender la santé dans sa globalité, en évitant le morcellement et les cloisonnements, permettrait de donner davantage de cohérence et d'efficacité à la formation et aux pratiques de santé publique. Et ce n'est pas ce que l'on fait.

François Grémy
Professeur de santé publique

En septembre 1999, Alain Colvez et moi-même avons organisé un colloque à Montpellier sur la faiblesse et les carences de l'enseignement de la santé publique dans notre pays. Les questions que nous nous posions alors étaient : Quelles sont les causes de cette carence? Quel traitement peut-on imaginer? Destiné prioritairement à qui? Et pour quels résultats espérés?

Développer la *santé publique*, c'est ajouter à l'approche médicale traditionnelle, qui est le soin individuel aux malades, une composante *collective et sociale*, et donner à la politique de santé la finalité *globale* de protéger, préserver, et si besoin restaurer la santé du « public », c'est-à-dire de la population générale, et pour cela de s'en donner les moyens. C'est donc un élargissement considérable de l'horizon sanitaire, puisqu'on intègre la population « saine » dans le champ de l'intervention, puisqu'elle est « à risque ».

Maximiser la santé (collective ou individuelle), c'est en fait minimiser les effets d'une mauvaise santé, c'est-à-dire les incapacités qu'elle entraîne : incapacités de « faire » (de fonctionner, disent les positivistes), pour soi et pour les autres, mais aussi les incapacités d'« être », comme insiste Paul Ricœur, élargissant ainsi à toutes ses dimensions l'humanité que la maladie ou le handicap menacent d'incapacité.

Pourquoi, ce défi *a priori* si noble, puisqu'il s'agit d'une œuvre de solidarité, impliquant l'ensemble des professionnels de santé, les politiques, l'ensemble des citoyens, est-il si difficile à relever? La réponse que je suggère s'appelle morcellement, découpage, fragmentation, balkanisation, disjonction, division, tous

mots qui ont une connotation d'éclatement, de dispersion, de démembrement, et qui impliquent un dépérissement ou la dénégation des relations ou interactions envisagées à tous les niveaux : cloisonnement entre les entités matérielles, entre les personnes, entre les institutions. D'où le constat de perte de cohérence et de perte de sens. On oublie l'intuition de Pascal, « *qui tient impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties* ». La deuxième partie de la proposition pascalienne appartient à la pensée unique, galiléo-newtonienne et positiviste, de notre culture contemporaine; la première au contraire fait scandale : n'a-t-elle pas un parfum d'ésotérisme et d'irrationalité?

Cette fascination pour la division et la multiplication des « parties » se décline de multiple façon : l'épidémiologie, l'épistémologie, l'essence de la médecine et l'éthique.

Sur le plan épidémiologique

La fragmentation se manifeste par une absence, celle d'une conceptualisation structurante des menaces qui pèsent sur la santé de notre population.

Le constat dans nos pays occidentaux de la double transition épidémiologique et démographique est aujourd'hui une évidence. En quelques décennies, le paysage épidémiologique a été bouleversé¹.

Les problèmes de santé qu'il faut affronter relèvent désormais de processus pathologiques

1. Chute de la mortalité infectieuse, rectangularisation de la courbe de survie, augmentation de l'espérance de vie totale, accroissement parallèle de l'espérance de vie sans incapacité témoignent de ce bouleversement.



et/ou d'états *chroniques*, de longue durée. Les processus chroniques sont dominés par les pathologies dites « dégénératives »². Elles ont en commun :

- de s'étendre sur des décennies : le processus commence souvent dès la jeunesse, voire l'enfance, très longtemps avant leur éclosion clinique (qui se fait en moyenne entre 40 et 65 ans) ;
- de ne pas guérir *ad integrum*, sauf une fraction non négligeable de cancers ;
- de laisser souvent une invalidité résiduelle ;
- d'avoir une étiologie (naissance et développement du processus) qui dépend d'un entrelacs de facteurs d'exposition nombreux et durables³, qui imposent une place croissante aux diverses actions de prévention.

À côté des pathologies *stricto sensu*, les états chroniques de handicap-incapacité-dépendance se multiplient. Le plus important est évidemment la sénescence, mais il faut compter tous les autres « handicaps », très variés dans leur type, leur étiologie et leur gravité⁴. Tous ces états ont en commun de réclamer rééducation, réhabilitation et assistance, sous des formes adaptées, de façon à aboutir à une (ré)insertion ou du moins rapprocher au mieux les personnes atteintes de leur milieu ordinaire, en minimisant les conséquences de l'invalidité.

Bien entendu, ces pathologies et états chroniques peuvent se combiner et réaliser des situations de polyopathie, associées à des situations économiques, sociales et humaines, dont la complexité globale peut défier les tentatives de formalisation.

De ces bouleversements, il est clair que l'organisation de notre système de soins, centrée sur l'hôpital de court séjour, n'a pas pris pleine conscience, ou du moins n'en a pas tiré les conséquences conceptuelles ou concrètes. Il est évident que l'ensemble des sujets concernés n'y passeront qu'une très faible partie de leur temps. Et le reste ? Le modèle de l'hospitalo-*centrisme* doit être reconsidéré à la baisse.

2. Auxquelles il convient d'ajouter quelques infections durables comme le sida et la tuberculose.

3. Comportement, environnement physique, souffrance psychique, niveau social, cohésion globale de la société.

4. Ils peuvent être moteurs, sensoriels et psychiques ; congénitaux ou acquis, ces derniers dus aux accidents ou aux maladies invalidantes. Les programmes politiques parlent du « handicap » au singulier, semblant méconnaître cette extrême variété des situations de handicap.

Sur le plan épistémologique également, le modèle dominant fait long feu

La médecine moderne se veut scientifique, c'est-à-dire qu'elle s'appuie de façon légitime sur les progrès très rapides des sciences et des techniques. Mais quelles sciences ? Le choix qui est fait aux États-Unis depuis le début du *xx^e* siècle, et en France depuis la réforme de 1958, celui, quasi exclusif, de la biologie, pose problème. C'est-à-dire que, dans la longue chaîne de complexité croissante qui va de la molécule à la personne singulière dans son environnement social, l'intérêt se limite à la demi-chaîne inférieure, en gros de la molécule à l'organe. La moitié supérieure, le corps comme organisme, mais surtout la personne corps et esprit, dans son environnement physique, ses relations affectives proches ou lointaines, son insertion dans l'organisation sociale, ses options religieuses et philosophiques sont quasiment gommées. Il s'agit d'une forme d'*hémianopsie* organisée, qui limite l'investigation au monde galiléo-newtonien, celui des sciences physiques, proposé comme paradigme universel de la connaissance.

Dans ce cadre, la méthodologie de l'accès à la connaissance repose sur la dualité du réductionnisme (explication exclusive du composé par l'élémentaire), et du disjonctivisme (disjonction, c'est-à-dire rejet des liaisons qui existent entre les éléments que l'esprit distingue). Ce parti pris de méthode, bien décrit par Edgar Morin, ne peut que conduire à l'atomisation des connaissances, et à l'explosion des compétences et spécialisations de plus en plus « pointues ». Chacune de ces visions tunnelaires se caractérise aussi par l'étendue de son ignorance de ce qui n'est pas elle.

Sur le plan de l'action médicale

Même si elle est scientifique, elle ne doit pas être scientifique, car elle n'est en aucune façon une science, et encore moins « La science ». Ce qui fait que « la médecine est médecine » est une action concrète dont la finalité est la personne dans sa complexité singulière. Et on peut en dire autant de la santé publique : action concrète pour des groupes de personnes définies, dans la complexité de leurs problèmes de santé.

Dans les prises de décision, pour la personne ou pour la collectivité, l'analyse du contexte est une nécessité incontournable. Une action locale n'a de sens que dans un contexte global.

Sur le plan de l'éthique

Le modèle intellectuel qui contamine la médecine, mais aussi le plus généralement

l'ensemble des professions de santé, y compris les institutions et administrations, pose de redoutables problèmes éthiques : le positivisme ambiant, l'oubli de la personne, l'oubli de la parole, la fragmentation des compétences, la balkanisation et l'arrogance des savoirs, l'herméticité des langages entraînent les incompréhensions, les divisions et de perpétuelles luttes de pouvoir intra- et inter- des professions, des institutions et des acteurs, malades et citoyens inclus. Le royaume de la santé est divisé contre lui-même. Certes il n'est pas le seul dans une société marquée par l'hypertrophie tumorale de l'individualisme démocratique. Les excès du souci de soi, les exigences d'une liberté sans contrainte et d'une égalité sans limite écrasent l'épanouissement des solidarités, de la citoyenneté, de la fraternité. Mais on est en droit d'espérer que de « toutes les professions la plus noble » (et j'étends cette appellation à toutes les professions de la santé), chargée de ce service (du) public essentiel qu'est le service de la santé, résiste à la contamination et se mette en travers de cette dérive éthique de nos démocraties.

Que faire ?

J'ai insisté sur les aspects de crispation culturelle, idéologique et éthique de la crise qui frappe notre système de santé, et qui menace de rejeter les tentatives de greffe d'une vision collective, communautaire et sociétale de la santé. Je propose l'idée que les divisions des savoirs, des pratiques prétendument infaillibles (celle de la médecine, mais aussi le juridisme exacerbé de nos politiques et de nos administrations), des niches écologiques à protéger, des prétentions et vanités à entretenir, des catégorisations auxquelles on accorde une valeur ontologique constituent l'obstacle majeur à un ressourcement de notre système.

Voici quelques pistes qui me semblent aller dans le sens d'une correction de ces dérives. Elles vont dans le sens du décroisement de l'esprit, du cœur, des institutions et des finalités. Elles représentent l'équivalent d'un immunosuppresseur destiné à prévenir le rejet de la greffe de la santé publique. Toutes n'apparaissent pas comme spécifiques de la santé publique, mais leur caractère *transversal* et fortement *relationnel* implique un changement culturel qui peut débloquent les peurs ou les scepticismes des opposants. Si elles concernent la profession médicale, c'est que son rôle stratégique et intellectuel est majeur, et que rien ne changera si elle ne donne pas l'exemple.

a) La formation médicale de base (5 premières années : licence-master) doit être une formation basique de médecine générale, avec en perspective le profil de *médecin de première ligne* tel que le définit l'OMS⁵. Si l'étudiant se dirige ultérieurement vers une spécialité d'organe, il gardera l'indispensable vision généraliste de ses malades.

b) La double transition épidémiologique et démographique impose de repenser complètement l'équilibre du système de soins. Les réformes récentes (assurance maladie, hôpital, santé publique) quel que soit leur intérêt intrinsèque, ont le grave défaut de se présenter comme mutuellement indépendantes, alors que les thèmes sont évidemment corrélés. Plus graves sont les lacunes.

Deux thèmes majeurs sont passés sous silence. Le premier est la politique de prévention des pathologies chroniques (en amont des premiers signes cliniques)⁶ et du vieillissement prématuré. Le second est l'organisation des soins extra-hospitaliers pour les personnes atteintes de maladies chroniques et d'états de « handicap-incapacité-déficience » (HID)⁷.

Ce changement ouvrira la porte aux initiatives en nombre croissant des professionnels qui souffrent du travail solitaire, acharné et dépourvu de sens qui leur est imposé.

c) Pour l'enseignement de la santé publique proprement dite, il ne convient pas de tomber dans les vices de la formation médicale : l'empilement de disciplines scientifiques, l'oubli qu'il s'agit d'une pratique multidisciplinaire et fortement transversale, « *qui renvoie à la santé de la population comme objet et comme finalité* », et la spécialisation prématurée. Pour Yann Bourgueil, « *la santé publique ne se résume ni à la gestion, ni à l'économie, ni à l'administration de l'offre publique de soins. Elle ne se résume pas non plus à l'épidémiologie, l'éducation à la santé, l'informatique médicale,*

la sociologie de la santé ou la biostatistique, ni à la sommation de ces diverses disciplines. C'est une pratique multidisciplinaire ». En particulier, elle est en droit d'être convoquée, à l'occasion d'une décision quelle qu'elle soit, politique notamment, et même de santé publique, pour introduire la question : quels sont les effets sur la santé de la population ? À titre d'exemple, quel est l'effet sur la santé des éleveurs, négociants, bouchers (500 000 personnes avec les familles ?) de l'extermination des troupeaux suspectés d'ESB ?

d) À qui donner une telle formation ? Bien entendu, à tous les acteurs dont la santé publique est statutairement au centre de leur métier⁸ et de tous ceux qui tentent l'aventure de lancer des projets (réseaux ou maisons médicales, par exemple) dont ils devront assurer la maîtrise d'ouvrage ou la maîtrise d'œuvre⁹.

Il me semble qu'à l'instar des instituts des hautes études de la Défense nationale, ou de la sécurité intérieure, il serait pertinent de prévoir une structure du même type pour la santé : il ne s'agit pas de bâtir une « École polytechnique de la santé », mais d'ouvrir l'horizon de la santé à des responsables significatifs de la nation, notamment des élus, qui souvent limitent leur connaissance de la santé aux contacts épisodiques qu'ils ont avec leurs médecins, ou avec quelques pontifes rencontrés au hasard des cocktails. ↵

5. Dispensateur de soins de qualité (préventifs, curatifs, et de réhabilitation), décideur et orienteur averti, communicateur, conscient des besoins de la population, développant des pratiques de coopération avec les autres professions.

6. Qui doivent être envisagées globalement : en remontant le temps dépistages, lutte contre les comportements néfastes, l'éducation à la santé et à la citoyenneté, la protection de la cohésion sociale (éducation générale, logement, droit du travail, politique des revenus ; voir charte d'Ottawa de l'OMS 1980).

7. Permanence et continuité des soins médicaux, réhabilitation et réinsertion, suivi social soit à domicile soit en établissements divers de moyen et long séjours généralistes ou spécialisés, coordination des soins en médecine libérale dont les réseaux sont les formes les plus emblématiques.

8. Sans chercher l'exhaustivité : le personnel des ministères chargés de la Santé, de la Solidarité ou des affaires sociales ; personnels des services déconcentrés de l'État (médecins et administrateurs), ou des services des collectivités territoriales, médecins conseils et des responsables administratifs de l'assurance maladie, responsables de l'administration des hôpitaux publics et privés (en particulier les directeurs d'hôpitaux) et responsables des commissions médicales d'établissement, etc.

9. Pour d'autres professions de santé que les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les sages-femmes, mais aussi les infirmières ou kinésithérapeutes par exemple, et les assistantes sociales, des dispositions éducatives comparables pourraient être mises en place.



L'Isped : bilan de dix-sept ans d'activité d'un pionnier

La santé publique ne relève pas que du secteur médical. Elle nécessite l'intervention de spécialistes médecins et non médecins capables d'appréhender les problèmes dans leur globalité. Pour répondre à ce besoin, l'université de Bordeaux II a créé en 1989 une unité de formation et de recherche de santé publique, transformée en mars 1997 en Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped).

Roger Salamon

PU-PH, chef du Service d'information médicale du CHR de Bordeaux

En décembre 1992, la revue du Haut Comité de la santé publique m'avait sollicité pour un article sur la formation en santé publique; j'étais alors directeur de l'UFR de santé publique de l'université de Bordeaux II qui se mettait en place. Faire un bilan de cette action est d'autant plus intéressant que cette UFR, devenue l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped) vient de se doter d'un nouveau directeur (le professeur Rachid Salmi) qui me succède à ce poste dans lequel j'ai accompli 17 ans de « bons et loyaux services ».

C'est donc le bon moment pour moi de faire partager ce bilan.

Un peu d'histoire; ce sera court : comme beaucoup de mes collègues professeurs de santé publique hospitalo-universitaires, j'ai pu, tout en appréciant mes fonctions et mon statut, regretter que la discipline académique «santé publique» n'existe que dans un cadre hospitalo-universitaire (section 46 du CNU). Ce caractère évidemment restrictif à tous les points de vue est sans doute une des raisons de la faiblesse si souvent affirmée de la santé publique universitaire.

Fort de cette certitude, j'ai pu, dès les années 1989-1990, participer (avec certains complices dont le rôle a été majeur : mes collègues et collaborateurs bordelais bien sûr, mais aussi deux présidents d'université visionnaires et efficaces : D. Ducassou et J. Beylot) à la création de l'UFR de santé publique devenue en 1997 un institut (article 33 de la loi Savary).

Cette structure universitaire, non conventionnée avec l'hôpital, s'adresse à des étudiants «tout venant» (non nécessairement étudiants en médecine) et a pu recruter des enseignants

universitaires dans des domaines où les hospitalo-universitaires n'ont jamais beaucoup brillé (économie, gestion, anthropologie, psychologie) ou insuffisamment (statistique, informatique, biomathématiques).

Nos objectifs étaient triples :

- Mettre en place, à Bordeaux, des formations de santé publique pour un public majoritairement non médecin.

- Créer une structure solide, visible, pouvant apporter en France une compétence en santé publique en associant : formation (hors médecine et en médecine), recherche et expertise.

- Développer un effort particulier en direction des pays en développement (le D de l'Isped).

Nous verrons successivement le bilan pour ces trois objectifs.

La formation

Sur ce plan, on peut dire que notre initiative fut un succès.

Une dizaine d'enseignants ont pu être recrutés en dix ans sur nos fonds propres pourrait-on dire! C'est-à-dire sur le contingent normal de notre université, qui a témoigné ce faisant d'une intelligence stratégique et d'une solidarité des autres composantes que l'on ne rencontre que trop rarement dans nos universités soumises à la gestion de ressources limitées et insuffisantes. C'est cet effort qui est à la fois la raison et la base de notre succès (et sans doute aussi l'explication de la quasi-impossibilité pour l'Isped de servir facilement aujourd'hui de modèle ailleurs).

Nous avons successivement mis en place :

- une licence des sciences sanitaires et sociales en 1994;

- une maîtrise de sciences et techniques (MST) de santé publique (notre fleuron) en 1994;

- quatre DESS : statistique appliquée aux sciences sociales et à la santé, en 1999; ergonomie, en 1994; gestion de projets en situation de développement, en 1994; et gestion des actions sanitaires et sociales en 1992.

Cela a permis l'inscription sur dix ans d'environ 2000 étudiants pour des diplômes nationaux de santé publique. Parmi ces étudiants, non médecins, issus de toute la France, 70 % viennent de régions autres que Bordeaux (dont 10 % d'étrangers). Au total, 1 525 étudiants ont obtenu un diplôme : 304 licences, 280 MST, 850 DESS (ou masters professionnels), 375 DEA (ou master recherche). Depuis l'obtention de leur diplôme, 85 % des diplômés dans le cadre d'une formation professionnelle occupent une fonction en santé publique et 15 % sont en poursuite d'études ou en recherche d'emploi.

Ces différents diplômes se sont aisément moulés dans le cadre de la réforme LMD mise en place dans notre université à la rentrée 2004-2005 et ont permis la création d'un cycle complet de formation en santé publique. À ces formations « initiales », on doit associer :

- un effort important vers la formation continue;

- des enseignements multiples dans des pays du Sud (Madagascar, Maroc, Tunisie, Côte d'Ivoire, Île Maurice, Liban, Vietnam, Niger...), sur lesquels nous reviendrons;

- des enseignements plus spécifiques aux étudiants en médecine :

- pour leur cursus dans les UFR médicales;

- en MSBM (pour trois certificats), puis sous forme de Master 1 depuis 2005;

- pour DEA (non réservé bien sûr aux seuls médecins), sous forme de master 2 recherche depuis 2004;

- de très nombreux DU dont certains assez originaux, parmi lesquels soins palliatifs, gérontologie sociale, médecine humanitaire, épidémiologie du VIH ou urgences et toxicologie...

La structuration

Sur un plan statutaire, l'Ispeid est un institut universitaire « article 33 de la loi Savary » et offre donc des formations à des étudiants non

nécessairement issus de la filière médicale. Cet institut dispose d'importants locaux (qui ont pu être construits grâce au Plan État-Région, 1994-1998). Dans ces mêmes locaux sont positionnés des enseignants hospitalo-universitaires (5 PU-PH, 3 MCU-PH, 2 AHU) très impliqués dans des enseignements de l'Ispeid (en épidémiologie et recherche clinique, en particulier). En outre, toujours dans les mêmes locaux sont situées trois équipes de recherche, dont deux sont labellisées Inserm.

1. L'unité Inserm 593, précédemment unité 330, avec quatre équipes de recherche :

- Vieillessement cérébral normal et pathologique

- Infection par le VIH et les hépatites,

- Infection par le VIH en Afrique : recherche clinique et de santé publique,

- Nutrition.

Cette unité déjà ancienne (l'Unité 330 a été créée en 1990) regroupe plus de 80 personnes avec 15 chercheurs dont 12 sont statutaires d'un EPST (Inserm ou CNRS).

Cette unité a accueilli, en 2006, une équipe « avenir » Inserm sur le thème « santé publique et accidents ».

2. L'unité de biostatistique EMI-Inserm 03 38 issue, en 2003, de l'Unité 330 composée de quatre chercheurs Inserm et de quatre chercheurs universitaires.

3. L'unité « Santé-Travail-Environnement » qui est une équipe d'accueil avec trois thèmes principaux :

- Santé au travail,

- Épidémiologie et surveillance du mésothéliome,

- Effets des pesticides sur la santé.

Il existe en outre sur le site de l'Ispeid deux services communs d'une grande importance (pour la recherche, l'enseignement et l'administration) : un centre de calcul (Credim) extrêmement solide (près de 20 personnes), et un Centre de documentation très efficace.

Certaines activités hospitalières de recherche clinique sont, par convention avec le CHU, positionnées à l'Ispeid; enfin, l'Ispeid est responsable de la mise en place d'un registre général des cancers en Gironde.

Ainsi l'Ispeid est géré et perçu comme une structure intégrant des formations hors et en médecine, des structures de recherche, des services communs et de très nombreuses activités d'expertise régionale, nationale et internationale¹. Sur le plan de la structuration, on peut ainsi conclure à un succès et je peux

1. La place nous manque pour les décrire, mais le lecteur curieux pourrait aisément trouver des précisions sur le site web de l'Ispeid : www.ispeid.u-bordeaux2.fr.

dire, avec maintenant une vision clarifiée par plusieurs années de fonctionnement, que ce formidable mélange tout à fait naturel mais si rare, avec formation, recherche et expertise, et des activités médicales et non médicales, est l'élément essentiel du fort positionnement de l'Ispeid en santé publique en France et hors de France. Ce mélange est à mon sens essentiel ; il n'est pas simple à mettre en place, difficile à maintenir, et délicat à pérenniser.

L'action en direction des pays en développement

Dès la création de l'Ispeid, nous avons souhaité faire un effort tout particulier vers les pays en développement. Les raisons étaient les suivantes :

1. Sur le plan de la recherche, notre équipe spécialisée sur le thème « épidémiologie du VIH », a très vite compris que les problèmes de recherche en santé publique sur ce thème se posent essentiellement en Afrique.

2. En matière de formation, les pays du Sud ont une difficulté certaine dans le domaine de la santé publique où coexistent des besoins énormes pas toujours suffisamment ressentis, une très grande insuffisance de formation locale et des débouchés le plus souvent insignifiants pour les quelques spécialistes africains bien formés (qui en outre sont très rapidement recrutés, avec des salaires irrésistibles, par des organismes internationaux).

3. Enfin, sur un plan idéologique, beaucoup d'entre nous percevaient une large faillite de la position de la France dans ce secteur et souhaitaient aider à son repositionnement.

Pour ces raisons, nous avons fait un effort tout particulier vers les pays du Sud.

- Sur le plan de la recherche, dans le domaine de l'infection par le VIH avec une aide majeure de l'ANRS, nous avons développé un très important pôle de recherche, à Abidjan (transmission mère-enfant et prise en charge de l'adulte).

- Sur le plan de l'enseignement, nous avons mis en place des formations de santé publique (diplômantes sous forme de DU) dans un certain nombre de pays du Sud (DU gestion des hôpitaux et des établissements de soins au Liban, DU de méthodes en santé publique à Madagascar, à l'île Maurice, au Vietnam — en collaboration avec le laboratoire de santé publique de Nancy —, en Côte d'Ivoire, au Maroc...); nous avons à Bordeaux créé un DESS de santé internationale et fait un maximum d'efforts pour recevoir et former des étudiants issus de pays en développement.



La formation en santé publique : un domaine en mutation

● Enfin, nous avons ouvert quatre DU sur Internet (épidémiologie, statistique, gestion de bases de données, recherche clinique), très suivis dans les pays du Sud, et surtout nous avons récemment pu obtenir un soutien important du ministère des Affaires étrangères pour mettre en place deux masters de santé publique (professionnel et recherche) entièrement sur Internet pour des pays francophones avec prioritairement l'implication d'une quinzaine de pays dits de la zone de solidarité prioritaire (Afrique essentiellement et Extrême-Orient).

Ces efforts ont été importants pour nous et très motivants. À notre échelle, notre bilan peut être considéré comme positif. À l'échelle de ce que la France devrait pouvoir offrir en ce domaine, le bilan est bien plus réservé.

En conclusion, je dirai que nous avons rempli nos objectifs de manière satisfaisante mais nous avons néanmoins des regrets.

● En matière d'enseignement, il y a eu, à Bordeaux mais ailleurs aussi, des efforts remarquables en particulier pour sortir la formation en santé publique du carcan des UFR médicales. On peut dire aujourd'hui que le système de formation français n'est pas aussi mauvais que ce qu'il est habituel de dire. Les critiques formulées sont souvent une manière de masquer les difficultés d'offrir une place et des statuts aux spécialistes de santé publique et de clarifier la politique de notre pays en ce domaine. Il est bien plus facile de critiquer la formation (surtout universitaire) que de remettre en cause des fonctionnements déficients.

● En matière de structuration (enseignement — recherche — expertise) et de mélange entre secteur médical et non médical, nous avons pu, à Bordeaux, réaliser une petite école de santé publique crédible et visible. Ailleurs, on ne constate malheureusement pas beaucoup d'autres exemples.

● Sur l'ouverture vers les pays du Sud, nos efforts ont été intenses et sont très loin de combler les insuffisances qui, à mon sens, existent dans notre pays. C'est certainement dans le domaine de la formation et de la recherche vers les pays francophones du Sud que nous ne sommes pas à la hauteur des ambitions qui devaient être les nôtres. ✎

Recherche et formation en santé publique : des liens à renforcer

La qualité des décisions en santé publique passe par une meilleure compréhension entre chercheurs et praticiens. Une collaboration doit être installée dès la formation.

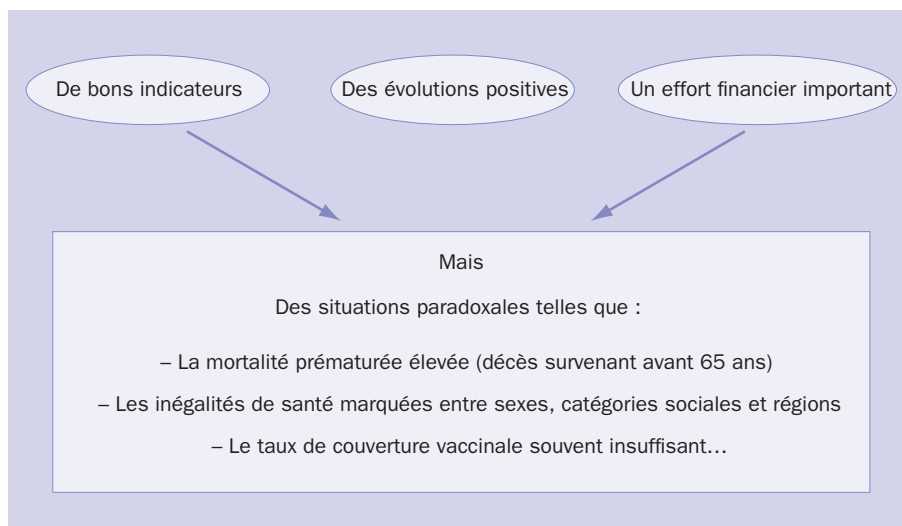
La recherche est indispensable au progrès médical, à l'amélioration de la prévention et des soins, ainsi que de notre système de santé. Même si notre système a été considéré par l'OMS comme un des meilleurs du monde, il présente quelques anomalies identifiées comme le paradoxe français selon le Haut Comité de la santé publique. La figure ci-dessous illustre ce paradoxe qui montre quelques-uns des défis auxquels notre système de santé et de soins doit et devra faire face.

Pour résoudre ce paradoxe, deux pistes peuvent être suivies. La première est l'amélioration des connaissances sur les mécanismes qui conduisent aux anomalies constatées. Il s'agit donc de développer la recherche en santé publique.

La deuxième est l'amélioration des décisions. Elle passe par la rationalisation de ces décisions, ce qui se définit comme « la santé publique basée sur les faits », en anglais : « *evidence based public health* », de même qu'il existe en médecine clinique un mouvement fort vers « la médecine basée sur les faits » (*evidence based medicine*).

La santé publique basée sur les faits consiste à fonder les décisions de santé publique sur une utilisation explicite, judicieuse et éclairée des résultats de recherches scientifiques ou d'évaluations dans toutes les disciplines concernées par la santé publique [1].

Cette définition insiste sur deux aspects de la « santé publique basée sur les faits » : l'utilisation de faits scientifiques et l'explicitation de la façon dont ils ont été utilisés.



Gérard Bréart

PU-PH, directeur de recherche,
Inserm 149



Les types de résultats de recherche qui sont concernés sont de nature très variée. Ils concernent aussi bien des recherches quantitatives que des recherches qualitatives. Ces recherches doivent permettre de fournir des réponses à trois questions :

- À quel problème doit-on s'intéresser ?
- Qu'est-ce qui peut être fait ?
- Comment cela doit-il être fait ?

Un objectif important pour ceux qui veulent baser les décisions de santé publique sur les faits est donc d'améliorer la qualité, la disponibilité et l'utilisation des trois types d'études.

L'utilisateur de ce type d'études doit être capable d'évaluer la qualité des études et leur pertinence pour la décision et d'en apprécier la rigueur méthodologique, le niveau de preuve, la force de la preuve, l'importance du résultat.

L'évaluation de la qualité des études nécessite une « exposition » à la recherche et aux différentes méthodologies. L'amélioration de la pertinence des études nécessite des interfaces entre « producteurs » de connaissance et utilisateurs.

Un des domaines particulièrement concernés est celui de l'évaluation des actions de santé publique. L'évaluation est souvent considérée comme la frontière entre la recherche et l'action. Sans entrer dans ce débat, on doit constater qu'elle est (ou devrait être) intégrée dans toute action de santé publique. Elle est d'ailleurs de plus en plus souvent exigée par les financeurs et les décideurs politiques.

Il est donc important que les praticiens de santé publique sachent non seulement interpréter et utiliser les résultats de recherche, mais aussi proposer des protocoles d'études, notamment en évaluation. Cela dépend donc directement de la formation.

Dans cette optique, il est par conséquent fondamental que les praticiens de santé publique aient une formation à la méthodologie des enquêtes en santé publique, qu'il s'agisse des enquêtes quantitatives ou des enquêtes qualitatives dans les différentes disciplines de la santé publique. Le but de cette formation est de permettre aux praticiens de santé publique de faire une analyse critique des données scientifiques disponibles afin d'en faire une synthèse et de les utiliser dans leur pratique courante.

Cela est réalisé, par exemple, dans le cadre des enseignements du diplôme d'études spécialisées en santé publique pour les internes.

Un des obstacles au dialogue entre chercheurs et praticiens provient de la difficulté d'utilisation pratique des résultats de recherche, le praticien reprochant aux chercheurs de répondre à des questions qui ne se posent pas en pratique. Il s'agit donc d'accroître la pertinence des recherches et de leur applicabilité. Une des façons d'améliorer la communication entre les deux groupes est d'augmenter les interfaces.

Cela peut se faire en cours de formation ou après. Il serait donc souhaitable que les praticiens de santé publique en formation, notamment les internes, soient vivement

invités à effectuer un stage dans une équipe de recherche en santé publique appartenant à l'université, à l'Inserm ou au CNRS.

Dans le déroulement de leur carrière, il serait également intéressant qu'ils puissent consacrer une partie de leur temps de travail à des recherches, en figurant par exemple pour une partie de leur temps au profil d'une unité de recherche développant les échanges entre les deux milieux, selon un mode comparable aux contrats d'interface qui existent avec le CNRS ou l'Inserm.

Ces contrats conclus entre l'hôpital et l'Inserm ou le CNRS permettent à des praticiens hospitaliers d'être affectés à une unité de recherche, pour une durée limitée (trois ans, par exemple), en conservant leur statut d'origine. Ils pourraient être étendus aux praticiens de santé publique.

En conclusion, on peut dire que l'amélioration de la qualité des décisions en santé publique passe par une meilleure proximité entre chercheurs et praticiens. Cette proximité doit être installée dès la formation. ✎

Référence

1. Rychetnik L., Hawe P., Waters E., Barratt A., Frommer M., « A glossary for evidence based public health ». *J. Epidemiol. Community Health* 2004 ; 58 : 538-45.

Formation des médecins territoriaux : création d'un pôle de compétences en santé

La formation en santé publique des médecins officiant dans les collectivités territoriales a depuis peu été réformée : rallongée d'une part, et redéfinie d'autre part dans ses contenus.

Pierre Micheletti

Directeur du service de santé publique, ville de Grenoble, président de Médecins du monde

Selon une étude réalisée en 2000 par l'Institut national des études territoriales (INET), près de 8 000 médecins travaillent aujourd'hui pour les collectivités locales [1].

Le cadre législatif et réglementaire qui régit la formation des médecins territoriaux

Servant de repère aux interventions des médecins territoriaux, le « cadre d'emploi des médecins territoriaux » défini par le décret de 1992 [2] décrit les modalités de la formation des médecins territoriaux durant l'année de stage qui précède leur titularisation. Les articles 6 et 7 de ce décret prévoient une formation d'une durée de trois mois organisée par le Centre national de formation publique territoriale (CNFPT), dont quatre semaines de formation théorique.

L'article 7 ouvre la possibilité aux médecins territoriaux stagiaires de demander à suivre, lors de l'année de stage, une formation en santé publique auprès de l'École nationale de la santé publique de Rennes, d'une durée d'un an. Cette modalité est cependant très peu connue des médecins territoriaux et ne semble jamais avoir été obtenue depuis la publication du décret.

Le décret de 1993 [3] précise quelque peu les modalités de la formation initiale d'application des médecins territoriaux stagiaires.

Les articles 3, 4 et 5 précisent les contenus de la formation initiale. L'article 5, en particulier, précise : « *la formation a pour but de développer la compétence en santé publique, notamment dans le secteur sanitaire et social, des*

médecins territoriaux. Elle garantit la maîtrise d'outils et de méthodes spécifiques et comprend des travaux de recherche et des enseignements relatifs aux :

- *Problèmes d'actions sanitaires et sociales*
- *Problèmes de santé publique*
- *Bases juridiques et administratives de l'action sanitaire et sociale*
- *Bases scientifiques de l'action sanitaire et sociale*
- *Organisation et fonctionnement des services de protection de la santé publique et des organismes de sécurité sociale ».*

Cet ambitieux programme de santé publique fait aujourd'hui l'objet de quatre jours et demi dans le cadre de la formation initiale d'application...

Rédaction d'un livre blanc pour une refonte de la formation

Un groupe de travail, composé de représentants de l'Institut national des études territoriales, du Centre national de la fonction publique territoriale, de médecins territoriaux, de cadres territoriaux et d'universitaires, s'est attelé à une fonte de la formation initiale d'application avec la participation de l'École nationale de la santé publique.

Lors du congrès d'Antibes/Juan-les-Pins, en juin 2005, ce groupe de travail a remis au président du CNFPT, M. Rossinot, un livre blanc [4] dessinant les contours des nécessaires évolutions.

En matière de santé publique, les orientations générales des propositions sont les suivantes :

1. Rallongement de une à quatre semaines du temps de formation en santé publique.



2. Les contenus des formations proposées sont les suivantes :

- introduction à la santé publique, repères et concepts généraux;
- observation gestion de l'information concernant l'état sanitaire et social de la population;
- conception et mise en œuvre de la politique de santé sur un territoire;
- évaluation, régulation et contrôle d'une politique locale de santé;
- positionnement du médecin de santé publique, cadre dans une administration ou une collectivité.

Ce livre blanc a reçu un accueil favorable de la part des responsables du CNFPT, assorti de la proposition de mise en place d'un pôle de compétence pour le domaine de la santé et les différents métiers qui en sont acteurs.

Mise en place d'un pôle de compétences « chef d'orchestre » de la formation des métiers de la santé

Ce pôle, rattaché à la délégation Lorraine du CNFPT, a vu sa création validée lors du conseil d'administration du CNFPT du 22 mars 2006.

Le pôle a vocation à assurer des fonctions de veille et de prospective sur l'évolution des métiers et des politiques publiques des professionnels de santé de la fonction publique territoriale, dont les médecins.

Ces fonctions doivent permettre de définir une offre de formation adaptée en direction des métiers concernés.

Il aura également vocation à impulser, suivre et valider des travaux d'études, favoriser l'animation d'un réseau de professionnels et de sites de formations.

Des enjeux forts pour l'organisation de notre système de santé

La mise en place, par le pôle, d'une formation renforcée en santé publique est porteuse d'enjeux techniques et politiques importants pour les collectivités territoriales et pour la santé publique dans notre pays.

Pour les collectivités territoriales

Au fil des années, les évolutions des lois de décentralisation confèrent aux collectivités des compétences plus larges dans le champ médico-social. Nous assistons à une inversion des flux qui met ces collectivités en situation de gérer des problèmes collectifs de santé au plus près des réalités de terrain, dans une logique ascendante d'expression des besoins.

Elles doivent donc se donner les moyens

et les compétences, pour être véritablement en situation de faire émerger et de traiter des priorités.

Dans un contexte de déflation globale de la démographie médicale et d'inégalités territoriales entre les départements français dans leur capacité à attirer les praticiens, l'exercice du métier de médecin au sein de la fonction publique territoriale doit conserver une attractivité à laquelle les modalités d'exercice et la formation peuvent notamment contribuer. Dans le cas contraire, ces mêmes collectivités pourraient se retrouver dans l'incapacité de pourvoir l'ensemble des postes qu'elles ont à mettre en œuvre dans le cadre de leurs compétences obligatoires et facultatives.

La place de la santé publique dans notre pays

Les rapports du Haut Comité de la santé publique de 1994 et de 2002 pointent un certain nombre de phénomènes concernant les inégalités de santé en France.

Inégalités territoriales des problèmes et de l'accès aux services; inégalités dans les déterminants de la santé dont les aspects socio-économiques; nécessité de procéder à un rééquilibrage entre les actions préventives et de soins; besoin de mettre en place des dispositifs au plus près des réalités locales sont autant de recommandations qui donnent toute leur place et toute leur légitimité aux actions de santé publique développées par les villes et les conseils généraux.

Les moyens développés par les services déconcentrés de l'État, dont les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales, s'amenuisent d'année en année. Dans le champ de la précarité ou du soutien au secteur associatif en général, la position de chef d'orchestre des Ddass n'est plus accompagnée des moyens financiers à la hauteur des conseils et des recommandations prodigués.

De fait, là encore, les collectivités locales ont occupé les espaces laissés vacants [5], contribuant à faire passer les questions de santé, d'une logique de type descendante, déterminée, animée et financée par les services de l'État, à une logique de type ascendante dans laquelle les élus sont en première ligne.

À travers le cursus de formation initiale des médecins territoriaux est donc bien posé un double enjeu : celui de la gouvernance locale au plus près des réalités, et partant de la crédibilité des élus, et celui de la place d'une santé publique de terrain, pragmatique et proche des besoins des citoyens, donc de l'efficacité des politiques publiques en la matière.

Il y a urgence à organiser la refonte en

profondeur du cycle de formation d'application des médecins territoriaux, tout en considérant qu'ils ne représentent qu'une des catégories d'acteurs au service de la conception et de la mise en œuvre des actions de terrain en santé publique et, que, à court terme, cette réflexion devra être étendue à l'ensemble des acteurs médico-sociaux formé par les collectivités locales.

C'est précisément la mission globale qui est confiée au pôle de compétences récemment créé.

Références

1. Institut national des études territoriales, *Place et rôle des médecins dans le service public local*, Étude quantitative, CNFPT-INET, Strasbourg, juin 2000, 4 p.
2. Décret n° 92-851 du 28 août 1992 portant statut particulier du cadre d'emploi des médecins territoriaux.
3. Décret n° 93-565 du 27 mars 1993 relatif à l'organisation de la formation initiale d'application des médecins territoriaux stagiaires.
4. *Pour une réforme de la formation des médecins territoriaux, cadres supérieurs de la Fonction publique, au service des politiques territorialisées de santé*. Document interne CNFPT, juin 2004.
5. *Actualité et dossier en santé publique*, « Les collectivités locales et la santé publique », n° 7, juin 1994, pages I à XXV.

Place et rôle de la formation en santé publique dans les réformes du système de santé

En France, la santé publique a toujours fait l'objet d'un traitement spécial, à part, à côté du soin... Les différentes tentatives pour en faire un pilier majeur du système sanitaire restent sans beaucoup d'effets.

Jean de Kervasdoué
Professeur au Conservatoire national des arts et métiers

Ce titre imposé présuppose qu'il serait aisé de définir une « formation de santé publique » et tout aussi facile de reconnaître une « réforme du système de santé ». Il imagine en outre qu'il existerait une méthode permettant de distinguer, parmi les multiples facteurs qui conduisent à une réforme, le rôle joué non seulement par telle ou telle personne, mais ce qui, chez chacune d'elles, reviendrait à sa formation ! Bien entendu, tous ces présupposés sont sans fondement ; on peut au mieux, pour quelques réformes phares, repérer sans être exhaustif quelques inspirateurs de ces réformes et savoir si elles avaient ou non un parfum de santé publique.

Mais qu'est-ce que « la santé publique » ?

Nous remarquons, il y a trente ans, que les disciplines médicales avaient quatre origines paradigmatiques ou plus précisément, et pas seulement pour nous démarquer de Thomas Kuhn, nous parlions de « traditions » épistémologiques¹. Si certaines disciplines apparues récemment tirent leur origine des sciences de la nature et sont donc de la tradition « scientifique » (la biophysique par exemple) et d'autres des contraintes organisationnelles (la réanimation ou l'urgence), elles sont plus l'exception que la règle. La majorité des autres se distinguent par l'unité d'analyse utilisée : d'un côté donc la tradition « individuelle », et de l'autre la tradition « sociale ». La tradition individuelle est la plus ancienne, celle où

l'homme de l'art, sorcier, rebouteux, médecin, utilise ses connaissances pour soigner un individu. Elle a comme caractéristique essentielle son rapport à la personne malade, par opposition à l'individu membre d'un groupe ou d'une société. La médecine clinique est à classer dans cette tradition même si d'autres catégories la structurent, qu'elles soient techniques² ou qu'elles limitent leur champ d'investigation à un organe, un système fonctionnel, voire plus rarement à une maladie. La tradition sociale choisit une autre unité d'analyse, non pas la personne donc, mais son appartenance à une catégorie : âge, sexe, milieu social. Elle naquit au XIX^e siècle sous le nom d'hygiène publique : « *art de conserver la santé aux hommes réunis en société* ». Louis-René Villermé en fut la référence nationale et internationale : il s'intéressa à la santé des prisonniers, à la mortalité à Paris et l'œuvre majeure de ce chirurgien des armées napoléoniennes, publiée en 1841, dresse un « *Tableau physique et moral des ouvriers et employés dans les manufactures de coton, laine et soie* », aussi saisissant que passionnant ! Beaucoup de sciences sociales doivent leurs premiers grands travaux empiriques, leurs méthodes et certains de leurs concepts à des médecins du XIX^e siècle. Paradoxalement, les travaux de Louis Pasteur, de tradition indéniablement sociale et scientifique, par les bouleversements qu'ils introduisirent dans l'art médical, contribuèrent à la relative extinction du point de vue de ceux cherchant à conserver la santé aux hommes réunis en société.

1. Jean de Kervasdoué et al. *La Production des connaissances et les besoins sociaux : le cas des recherches sur le cancer et le poumon en France*. Centre de recherche en gestion de l'École polytechnique, Paris, 1976.

2. Couper ou ne pas couper distingue la chirurgie de la médecine.



La santé publique disparut quasiment de l'enseignement de la médecine en France durant près de vingt-cinq ans. La cause en fut l'ordonnance de 1958 : la « réforme Debré ». Cette disparition provisoire n'était pas intentionnelle, nous le verrons, mais néanmoins tangible. En effet, pour être nommé professeur des facultés de médecine, cette réforme imposait, et impose toujours, aux titulaires d'occuper simultanément un poste hospitalier et, bien entendu, un poste universitaire. S'efface alors l'histoire de la médecine, l'hygiène n'intéresse plus que quelques microbiologistes ; ceux qui consacrent leur recherche à la santé au travail, aux politiques de santé, voire à la médecine de ville doivent obtenir de rares autorisations ministérielles et se comptent sur les doigts des deux mains : marginaux, mal vus de leurs confrères et des administrations, leur carrière est difficile. Pourtant, Robert Debré s'en aperçut vite et demeure à ce jour celui qui a procédé à la critique la plus virulente de sa réforme³. Il soulignait l'importance d'enseigner, notamment, à tous les médecins la santé publique « pour se préoccuper de son attitude et de son comportement vis-à-vis de la société et du milieu influant sur lui (le malade) ». Il ajoutait : « il est indispensable [...] d'appeler des spécialistes de disciplines différentes de la médecine. Et ce n'est pas en barbouillant un médecin d'un peu d'économie, ou d'un peu de statistiques que vous pouvez réaliser l'effet radical dont je vous parle ». Rien ne s'est passé de « radical ». En France, contrairement aux pays d'Europe ou d'Amérique du Nord, les professeurs de faculté de médecine sont quasi exclusivement des médecins⁴. La tradition individuelle domine toujours, même si la tradition sociale est trop modestement revenue dans les hôpitaux en 1983 grâce à la création des départements d'informations médicales. Elle a surtout retrouvé sa juste légitimité à la suite de catastrophes successives, les nombreuses « défaites de la santé publique », pour reprendre ici le titre du livre d'Aquilino Morelle⁵. Robert Debré avait bien compris, ce qui demeure encore une exception, que le milieu influence l'homme, quel qu'il soit.

3. Robert Debré, « Discours de clôture d'une semaine consacrée à la santé publique et prononcée à l'École nationale de la santé publique en 1973 ».

4. En Amérique du Nord, dans les facultés de médecine, un tiers environ ne l'est pas. C'est bien entendu la règle pour le droit, les sciences sociales ou l'informatique, mais c'est aussi souvent le cas dans les disciplines biologiques fondamentales.

5. Aquilino Morelle, *La Défaite de la santé publique*, Flammarion, Paris, 1996.

La démonstration d'Emile Durkheim de plus d'un siècle, à savoir que le « suicide », décision individuelle par essence, est socialement déterminé, n'a pas encore atteint la conscience de nombreux professionnels de santé. Il en est pourtant ainsi des accidents de la route, de la consommation d'alcool, de tabac, bien entendu de la santé au travail, mais aussi de la santé tout court.

Pour nous donc, les lois de santé publique sont des lois qui s'efforcent de modifier la santé de la population en agissant sur des faits sociaux et les mécanismes qui les déterminent.

La santé publique, un domaine de second plan

En dépit de très nombreux travaux français et étrangers, le débat « santé-médecine » n'a pas encore pris en France. Nos concitoyens, et avec eux la très grande majorité de la classe politique, demeurent persuadés que le seul véritable moyen d'améliorer la santé se limite à accroître les moyens de la médecine. Il faut dire que les lobbies de la médecine et de ses industries pèsent autrement plus lourd que les quelques voix des teneurs de cette approche, dont certains sont de surcroît chargés d'une tare congénitale : ils ne sont pas docteurs en médecine. Quant aux docteurs en médecine, les facultés enseignent certes aujourd'hui la santé publique mais, dans le meilleur des cas, il ne leur est consacré aux uns que quelques postes de professeurs pour quelques heures d'enseignement aux autres. À l'instar des poissons volants, si les postes de santé publique existent dans les facultés de médecine, ils ne représentent pas le genre le plus fréquent de l'espèce. Enfin, notre « École nationale de la santé publique » est plus reconnue par sa formation des directeurs d'hôpitaux que par son aura en santé publique. Quelques facultés de Paris ou de province ont développé, grâce au talent d'un enseignant dynamique, des programmes spécifiques de santé publique, mais l'on peut dire qu'il n'y a pas en France l'équivalent des facultés anglo-saxonnes.

Quant aux lois qui touchent en France à la santé, elles concernent presque toutes la médecine, son organisation et son financement. N'oublions pas que le financement des soins en France provient de l'assurance « maladie » et non pas de l'assurance « santé ». Contrairement au Royaume-Uni dont le système national tire son essence de la santé publique, le nôtre le tire de la médecine, de la tradition individuelle donc. Même avant le vote annuel de la loi de financement de

sécurité sociale (1996), entre 1980 et 1996, il y eut tous les ans, à deux exceptions, une loi cherchant à réorganiser les soins et/ou tentant d'équilibrer les comptes de l'assurance maladie. Cela ne veut pas dire que toute considération de santé publique soit absente de la médecine. Quand nous avons lancé, avec Jean-Marie Rodrigues (professeur de santé publique à l'université de Saint Etienne) le PMSI⁶, nous étions bien conscients de ses applications en santé publique. Elles permettent vingt ans plus tard de créer notamment les « bassins de santé ». Toutefois, ce n'est pas l'aspect de la santé publique qui domine. Certes, les choses changent, nous le verrons, dans la seconde partie des années quatre-vingt-dix. Toutefois, si l'on se limite à ce stade aux accidents de la route, à l'alcool et au tabac, les grandes causes de mortalité « évitable » en France, les grands acteurs à l'exception de l'un, voire deux d'entre eux, n'avaient pas de formation en santé publique.

Les acteurs nationaux furent d'abord des politiques : Pierre Mendès France (alcool), Valéry Giscard d'Estaing (limitation de vitesse), Simone Veil (tabac), Michèle Barzach (tabac), Claude Evin (tabac et alcool), Jean-François Mattei (tabac), Jacques Chirac et Nicolas Sarkozy (pas d'amnistie et poursuite des infractions pour accidents de la route). Ces politiques furent influencés par un petit nombre de personnes et, pour se limiter aux figures marquantes des trente dernières années, la liste principale est assez brève : Jean Bernard (hématologue, rapport sur l'alcool de 1979), Claude Got (professeur d'anatomopathologie, vraisemblablement le plus influent par son intervention permanente dans les trois champs des accidents de la route, du tabac et de l'alcool), Maurice Tubiana (radiothérapeute, tabac et alcool), Albert Hirsch (pneumologue, tabac et alcool), François Grémy (bio-physicien, informaticien, une des figures majeures de la santé publique universitaire française, tabac et alcool), Gérard Dubois (santé publique, tabac et alcool). Quant au poste de directeur général de la Santé, le premier titulaire du poste à disposer d'un diplôme de santé publique fut Lucien Abenhaïm (1999). Il enseignait au moment de sa nomination à Montréal, au Québec.

La loi du 9 août 2004 marque l'influence de la formation en santé publique ; William Dab, professeur de santé publique au Conservatoire national des arts et métiers (Cnam),

6. Programme de médicalisation des systèmes d'information.

à l'époque directeur général de la Santé, en fut un des principaux inspirateurs. Mais, comme toujours en France, la santé publique semble être à côté de la médecine, à part. Elle a « sa » loi et ses cent « priorités », mais semble relever d'une tout autre logique que celle des soins.

Enfin, cette trop brève et caricaturale analyse ne serait pas complète si l'on ne mentionnait pas l'approche juridique. La création des « agences » et de la « Haute Autorité en santé » est une conséquence directe de l'affaire du sang contaminé. Les politiques se sont aperçus qu'il pouvait être dangereux d'être ministre de la Santé et ont cherché à se protéger. Pour ce faire, ils ont créé ces instances. C'est l'aspect « sécurité sanitaire » qui l'emporte et ce d'autant plus qu'il rentre rarement en conflit avec le point de vue médical et même, le plus souvent, le conforte. En revanche, c'est l'aspect économique qui est provisoirement oublié ; il est vrai que ce sont les générations futures qui payent 10 % de nos dépenses de santé actuelles et que la population française est anesthésiée en attendant, en 2007, un réveil douloureux. ✎

