



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, Afsset 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. ↗