

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



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...