

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'héméricité 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 débloquer 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'Ispead 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'Ispead (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'Ispead 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'Ispead; enfin, l'Ispead est responsable de la mise en place d'un registre général des cancers en Gironde.

Ainsi l'Ispead 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'Ispead : www.ispead.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'Ispead 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'Ispead, 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 défectueux.

● 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.

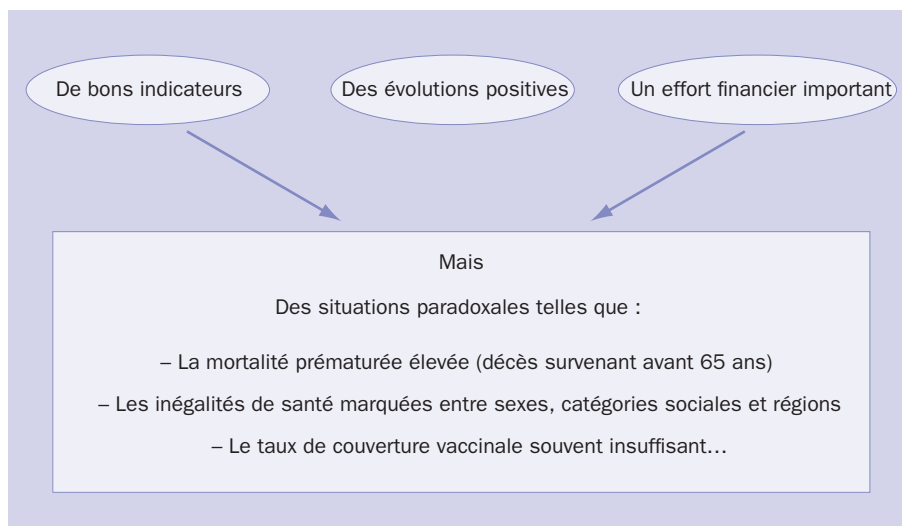
La recherche est indispensable au progrès médical, à l'amélioration de la prévention et des soins, ainsi que de notre système de santé. Même si notre système a été considéré par l'OMS comme un des meilleurs du monde, il présente quelques anomalies identifiées comme le paradoxe français selon le Haut 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. ✎

