adsp 55

juin 2006

adsp

actualité et dossier en santé publique

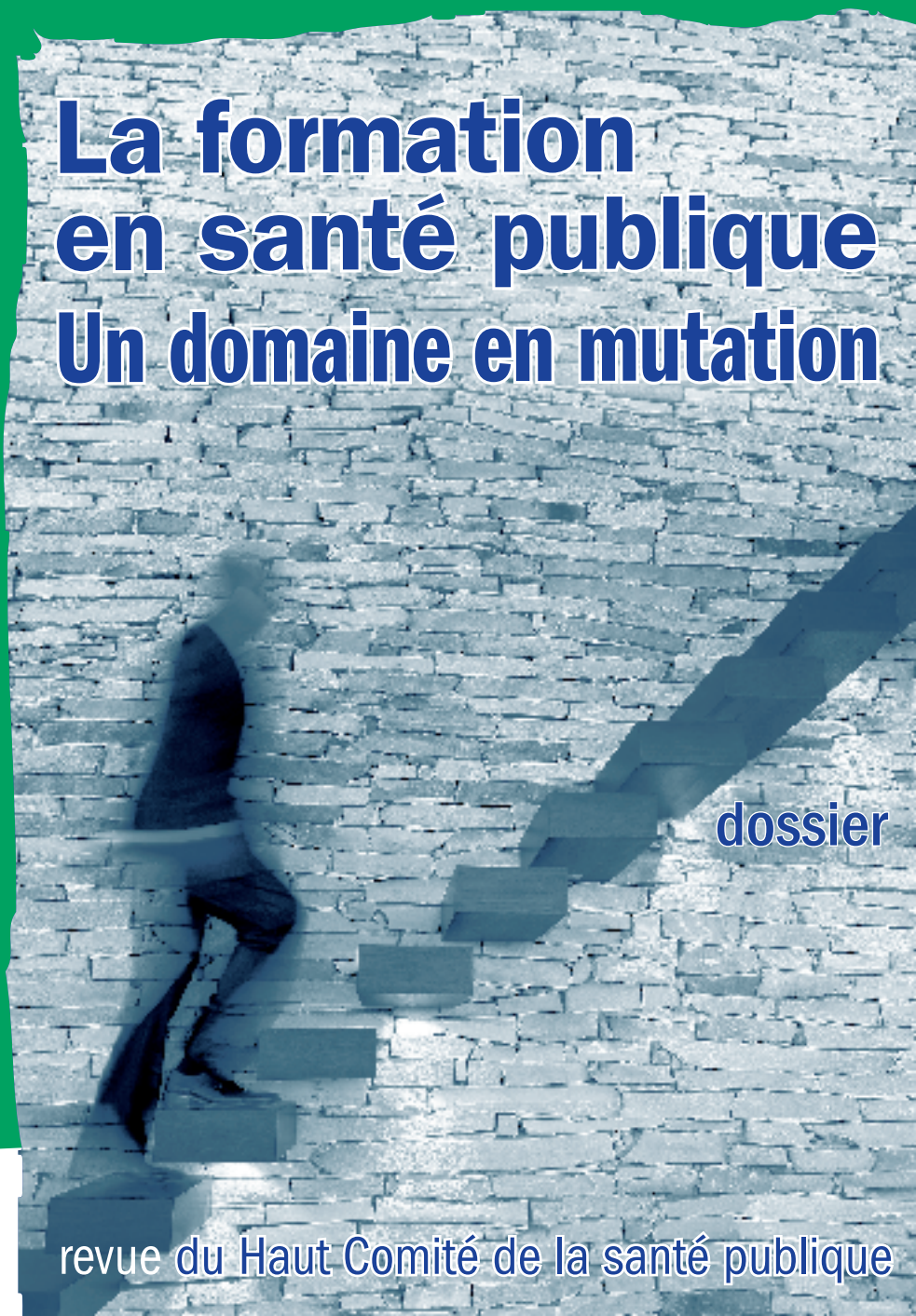
trimestriel

Agir pour la continuité des soins, le paradigme du médecin rural

Améliorer le pilotage du dépistage du cancer du sein : l'expérience de l'Ile-de-France

Le dossier médical commun partagé : outil d'aide à la décision spécifique ou généraliste ?

Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en 2000



La formation en santé publique
Un domaine en mutation

dossier

La documentation Française

revue du Haut Comité de la santé publique

Haut Comité de la Santé Publique

Ministère de la Santé et des Solidarités

Haut Comité de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

Télécopie : 01 40 56 79 49

Site : hcsp.ensp.fr

Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

Président

Xavier Bertrand,
ministre de la Santé et des Solidarités

Vice-Président

Roland Sambuc

Rapporteur général

Anne Tallec

Membres

Maryvonne Bitaud-Thépaut
Jean-François Bloch-Lainé
François Bonnaud
Christian Bréchot
Jean Castex
Yves Charpak
Jean-Pierre Claveranne
Jean-François Dodet
Isabelle Durand-Zaleski
Isabelle Ferrand
Odette Grzegrzulka
Pierre Guillet
Jacques Hardy
Didier Houssin
Dominique Libault
Roland Sambuc
Simone Sandier
Anne Tallec
Frédéric Van Roekeghem

Secrétaire général

Didier Houssin,
directeur général de la Santé

Secrétaire général adjoint

Geneviève Guérin

HCSP publications

Nouvelles publications

La santé en France 2002
Paris : La Documentation française, 2-11-005112-4, 412 p., *20,00 euros.*
Diffusion La Documentation française et en librairie.

La santé des Français, 3e bilan
Paris : La Découverte, collection Repères, 2-7071-3590-9, 128 p., *7,95 euros.*
En vente en librairie.

Violences et santé
Rennes : Éditions ENSP, ISBN : 2-85952-898-9, 22,00 euros
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Collection **Avis et rapports**

Le panier de biens et services de santé
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-628-5, 75 p., *18,29 euros.*
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-619-6, 116 p., *18,29 euros.*
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Politiques publiques, pollution atmosphérique et santé
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-638-2, 280 p., *25,92 euros.*
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France
Rennes : Éditions ENSP, 2-85952-629-3, 275 p., *25,92 euros.*
Diffusion Éditions ENSP et en librairie.

La revue **adsp**

adsp est consultable sur hcsp.ensp.fr (en plein texte pour les numéros 1 à 42, en extraits pour les autres). Les numéros 1 à 42 sont disponibles (pour les numéros non épuisés) auprès du HCSP, les autres sont en vente à La Documentation française (voir 3e page de couverture).

Derniers numéros parus :

décembre 2005–mars 2006, n° 53-54, dossier : La réforme de l'assurance maladie.
septembre 2005, n° 52, dossier : Urgences & demandes de soins en urgence : quelle prise en charge ?
juin 2005, n° 51, dossier : La prise en charge du cancer.
mars 2005, n° 50, dossier : Politiques et programmes nationaux de santé.
décembre 2004, n° 49, dossier : La situation des personnes handicapées : un enjeu de société.
septembre 2004, n° 48, dossier : L'information sur l'offre de soins.
juin 2004, n° 47, dossier : La prévention des maladies cardio-vasculaires.
mars 2004, n° 46, dossier : Politiques et programmes régionaux de santé.
décembre 2003, n° 45, dossier : La prévention du suicide.
septembre 2003, n° 44, dossier : La santé en prison.
juin 2003, n° 43, dossier : Rénovation de l'action sociale et médico-sociale.
mars 2003, n° 42, dossier : Information en santé : développements européens.

La Documentation française
29-31 quai Voltaire
75344 Paris CEDEX 07
Téléphone : 01 40 15 70 00
Téléphone : 01 40 15 68 00
www.ladocumentationfrancaise.fr

Éditions ENSP
Avenue du Pr Léon-Bernard
35043 Rennes CEDEX
Téléphone : 02 99 54 90 98
Télécopie : 02 99 54 22 84
www.editions.ensp.fr

HCSP
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 80
Télécopie : 01 40 56 79 49
www.hcsp.ensp.fr

Les défis de la formation en santé publique

Roland Sambuc
Vice-président
du Haut Comité
de la santé publique

Il y a près de quinze ans, le Haut Comité de la santé publique choisissait d'inaugurer sa revue *adsp* avec un dossier sur la formation en santé publique. À la lecture de ce numéro, on mesure le chemin parcouru depuis ; mais on constate que des questions posées en 1992 sont encore d'actualité.

La diffusion de la culture et des méthodes de santé publique a progressé auprès d'un nombre croissant de professionnels du domaine de la santé. L'organisation même du système de santé a évolué, avec l'apparition de structures nouvelles, telles que les conférences de santé ou les agences de sécurité sanitaires, et avec le développement de programmes nationaux ou régionaux de santé répondant à des objectifs de santé publique spécifiques et évaluables.

Plus récemment, la loi relative à la politique de santé publique, du 9 août 2004, a marqué aussi une avancée notable en engageant résolument notre système de santé vers la prévention. Le rapport *La santé en France 2002* du Haut Comité de la santé publique, avait en effet explicité le paradoxe de notre pays, dont les excellents résultats de santé sont entachés par deux points faibles majeurs : d'importantes inégalités de santé et un taux élevé de mortalité prématurée chez les moins de 65 ans. Or, il est démontré que le développement de la prévention constitue la principale réponse à ces deux problèmes.

C'est cette même loi de santé publique qui, en matière de formation, crée l'École des hautes études en santé publique (EHESP), appelée à remplacer l'École nationale de la santé publique (ENSP). Cette création s'appuie sur la volonté de maintenir à un haut niveau, la formation professionnelle dispensée par cet établissement, tout en l'ouvrant davantage sur un réseau de formation et de recherche, et sur les échanges internationaux. Cependant, il n'échappera pas au lecteur attentif de ce numéro que la création de ce grand établissement suscite bien des inquiétudes.

Cette « grande école » cristallise aujourd'hui les défis que la formation en santé publique doit relever pour s'adapter aux besoins croissants de professionnels dans ce domaine. Mais elle soulève aussi des enjeux entre les partisans d'une formation académique, d'une formation à la recherche, et ceux d'une formation surtout professionnelle.

L'interdisciplinarité de la santé publique est aussi au cœur du débat. Or, la santé publique ne se résume pas à la juxtaposition des différentes approches : épidémiologique, économique, gestionnaire ou sociale. Enseigner la santé publique c'est pouvoir proposer une approche globale de ces savoirs dans une *perspective médicalisée*, comme le rappelle François Grémy dans sa tribune.

L'enjeu de la formation des spécialistes de santé publique, médecins ou non-médecins, renvoie à la pertinence de l'enseignement donné, mais aussi la création des emplois correspondants. Ainsi, la formation par l'internat des médecins spécialisés en santé publique bute depuis des années sur le nombre de postes ouverts, largement sous-dimensionné par rapport aux besoins.

Mais il faut aussi améliorer le niveau de culture en santé publique des différents professionnels de santé, qu'ils soient médecins ou gestionnaires. Ainsi, les futurs cliniciens devraient, au cours des études de médecine, être mieux sensibilisés aux questions épidémiologiques, économiques, juridiques et de gestion. Parallèlement, les gestionnaires, par exemple les directeurs d'établissements formés dans la future EHESP, sans qu'ils soient des spécialistes de santé publique, doivent aussi disposer d'un minimum de formation dans ce domaine pour assurer la pertinence de leurs décisions.

L'avenir est engagé sur deux évolutions, le déploiement de la réforme LMD (licence, master, doctorat), harmonisée et ouverte au niveau européen, et le développement des nouvelles technologies de l'information, qui convergent pour donner plus de souplesse dans l'organisation des enseignements. La construction modulaire des cours offre la possibilité à l'étudiant de choisir certains modules dans des établissements différents. Des unités d'enseignement peuvent ainsi être mises en commun entre plusieurs universités ou écoles. Parallèlement, le recours à l'enseignement par ordinateur et aux vidéoconférences va de plus en plus faciliter l'organisation de l'enseignement à distance. Une telle orientation a déjà été amorcée par certaines équipes, comme celle de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped).

Cette évolution laisse prévoir à court terme un changement de paradigme dans la construction des masters et des pôles d'enseignement. Le modèle de construction « régional » des pôles d'enseignement, aujourd'hui dominant, privilégie le critère de proximité géographique, comme en témoignent les exemples présentés dans cette revue. Il pourrait rapidement glisser vers un modèle « thématique », regroupant des enseignements complémentaires autour de projets d'excellence.

Ce tournant vers les nouvelles technologies, s'il pouvait être accéléré, faciliterait la participation de l'ensemble des équipes de santé publique, notamment hospitalo-universitaires, à la construction du réseau de formation prévu par la loi. Il devrait aussi, en offrant la possibilité d'inscrire des étudiants à distance, accroître le rayonnement à l'étranger des formations françaises en santé publique.

adsp sommaire

actualité et dossier en santé publique

Directeur de la publication
Didier Houssin, directeur général de la Santé

Rédacteur en chef
Patricia Siwek

Comité de rédaction
Philippe Amiel, Gérard Badéyan, Dominique Bertrand, Jean-François Bloch-Lainé, Pierre-Henri Bréchat, Étienne Caniard, Bernard Cassou, Sandrine Chambaretaud, Antoinette Desportes-Davonneau, Jean-François Dodet, Marc Duriez, Pascale Gayrard, Isabelle Grémy, Geneviève Guérin, Alain Jourdain, Claudine Le Grand, Guy Nicolas, Anne Tursz

Secrétaire de rédaction
Marie-Josèphe Strbak

Coordonnées de la rédaction
Haut Comité de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 56
Télécopie : 01 40 56 79 49
Courriel : hcsp-adsp@sante.gouv.fr
Site : hcsp.ensp.fr

Demandes d'abonnement
La Documentation française
Bulletin d'abonnement : 3e de couverture

Réalisation
Philippe Ferrero

Relecture
Nelly Zeitlin

Ont participé à ce numéro
Dominique Bertrand, Gérard Bréart, Pierre-Henri Bréchat, Serge Briançon, Bernard Cassou, Pierre Chabas, Dominique Cherasse, Marie-France d'Acremont, Jean de Kervasdoué, René Demeulemeester, Michel Dépinoy, Céline Deschaseaux, Ludivine Etienne, Philippe Fenoglio, Alain Grand, François Grémy, Jacques Hardy, Denis Hémon, Alain Jourdain, Pierre Kopp, Marie-Claire L'Helgoualc'h, Hervé Lacroix, Pierre Lombrail, Thierry Louvet, Pierre Micheletti, Véronique Parel, Agnès Ponge, Catherine Quantin, Roger Salamon, Louis Rachid Salmi, Jean-Louis Salomez, Roland Sambuc, Nadine Sannino, Emmanuelle Sarlon, François-Xavier Schweyer, Christophe Segouin, Alfred Spira, Alain Jacques Valleron, Françoise Vidal-Borrossi

adsp actualité et dossier en santé publique
est publiée par La Documentation française

Revue trimestrielle 13,50 euros
Abonnement annuel (4 numéros) 41,60 euros

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.
© 2006 Haut Comité de la santé publique
Dépôt légal juillet 2006. ISSN 1771-7450.
Commission paritaire : 1008 B 05201.
Imprimerie : Jouve, 53100 Mayenne.

éditorial

1 Les défis de la formation en santé publique
Roland Sambuc

actualité

4 Agir pour la continuité des soins, le paradigme du médecin rural
Le déficit en médecins généralistes des zones défavorisées : constat et solutions pour pallier les problèmes de répartition sur le territoire.
Pierre Chabas, Françoise Vidal-Borrossi

rubriques

régions

9 Améliorer le pilotage du dépistage du cancer du sein : l'expérience de l'Ile-de-France
Un groupe de travail a élaboré des outils de suivi et d'amélioration du programme de dépistage du cancer du sein.
Nadine Sannino, Marie-France d'Acremont, Marie-Claire L'Helgoualc'h, Dominique Cherasse, Céline Deschaseaux, Ludivine Etienne

études

66 Le dossier médical commun partagé : outil d'aide à la décision spécifique ou généraliste ?
Élaboration d'un dossier médical partagé par les professionnels dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de cancer.
Agnès Ponge, Pierre Lombrail, Hervé Lacroix

rubriques

alcoologie

69 Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en 2000
Évaluation du coût de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues en termes de mortalité, morbidité et de coût économique pour la société.
Philippe Fenoglio, Véronique Parel, Pierre Kopp

repères

75 organisme
Association latine pour l'analyse des systèmes de santé

76 formation
Enseignements de santé publique, Université de la Méditerranée, Aix-Marseille II

77 lectures

79 brèves européennes

80 en ligne

81 lois & réglementation

84 calendrier

prochain numéro

dossier n° 56

Les personnes âgées en situation de dépendance

La formation en santé publique
Un domaine en mutation

Le champ de la santé publique fait appel à de nombreux métiers et il est difficile de recenser l'offre de formation, dispersée géographiquement. Ce dossier tente de décrire les différentes filières de formation existantes (professionnelles, universitaires) puis présente les projets de réorganisation de cette offre.

dossier coordonné par **Bernard Cassou** p. **15**

17 Les formations en santé publique

Les différentes formations en santé publique sont dispensées à l'École nationale de santé publique et dans les différents cursus universitaires. Elles souffrent d'un manque de visibilité et de coordination.

17 L'offre actuelle de formation en santé publique en France
Emmanuelle Sarlon

23 Quelques pôles structurés de formation et de recherche en santé publique
Bernard Cassou

23 École de santé publique, Faculté de médecine, Nancy-université
Serge Briançon

24 École doctorale 420 « Santé publique Paris 11–Paris 5 »
Denis Hémon

25 L'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED)
Louis Rachid Salmi

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

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

28 L'École nationale de la santé publique à la veille de la grande transformation
Alain Jourdain, François-Xavier Schweyer

33 Formations en santé publique : une situation à l'étranger
Christophe Segouin, Pierre-Henri Bréchat, Dominique Bertrand

38 La réforme : mettre en réseau les compétences

La création d'une École des hautes études en santé publique, pilier de la réforme en cours, vise à mettre en réseau les compétences au niveau de la formation et de la recherche.

38 Les besoins de formation en santé publique et leurs évolutions
Alfred Spira

42 Construire l'École des hautes études en santé publique
Jacques Hardy

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

49 État actuel et perspectives de la formation universitaire en santé publique en France
Jean-Louis Salomez, Catherine Quantin

51 tribunes

51 Réflexion sur la formation des médecins en santé publique, treize ans plus tard
René Demeulemeester, Michel Dépinoy

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

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

59 Recherche et formation en santé publique : des liens à renforcer
Gérard Bréart

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

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

Agir pour la continuité des soins, le paradigme du médecin rural

Pierre Chabas
Directeur délégué à la Santé
Françoise Vidal-Borrossi
Chargée de mission
Association régionale des organismes de Mutualité sociale agricole du Languedoc-Roussillon.

Selon les régions, le nombre de médecins généralistes varie de 93 à 141 pour 100 000 habitants. Des zones prioritaires ont été définies et des solutions proposées pour encourager l'installation et faciliter le travail des médecins généralistes dans ces secteurs difficiles.

Avec un décalage chronologique par rapport aux acteurs du champ social, ceux du secteur sanitaire ont pris pleinement conscience, ces dernières années, de l'importance de la territorialisation des politiques de santé. C'est ainsi que la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (Sros III) met l'accent sur le territoire de proximité, territoire de premier recours aux soins, qui doit correspondre à un exercice collectif et interprofessionnel (médecins généralistes, infirmières libérales, pharmaciens…).

Cette approche de proximité autorise une meilleure prise en compte des déterminants sociaux et ne peut que recueillir l'assentiment des acteurs de santé qui, dans les territoires, sont en première ligne pour assurer les soins à la population. Ces choix politiques marquent bien l'importance de cet acteur de premier niveau qu'est le médecin généraliste et soulèvent la question de la cohérence du dispositif si cette ressource de base fait défaut. On se trouve alors dans une situation paradoxale dans laquelle un système théoriquement parfait de graduation des soins se trouve de fait mis en cause par la défaillance, non pas du niveau le plus élevé et le plus onéreux, mais tout bonnement par le premier degré du dispositif, c'est-à-dire le médecin généraliste lui-même.

Pour le malade, nous connaissons et partageons l'antienne selon laquelle il faut qu'il soit « au cœur du dispositif » ; très concrètement, ce que le malade attend, c'est de pouvoir rencontrer un médecin s'il en ressent le besoin.

C'est à cette question que nous souhaitons répondre ici en limitant nos propos au milieu rural, sachant que des problèmes de continuité des soins peuvent se poser également en ville.

L'enjeu est de plusieurs ordres et en particulier de deux : tout d'abord, il s'agit d'une question de justice spatiale, d'aménagement du territoire. Il faut non seulement faire venir des habitants sur un territoire, mais aussi conserver ceux qui sont sur place ; il en va exactement de même pour les médecins. Il y a donc une communauté de destin entre le corps médical et les habitants d'un territoire donné. Dans les régions où viennent s'implanter des retraités, les élus, en particulier les maires, rapportent que lorsqu'ils reçoivent des candidats à l'installation sur leur commune, la première question, venant en particulier de retraités, est de savoir quels sont les services de santé de proximité disponibles.

L'autre type d'enjeu est d'ordre juridico-institutionnel, c'est celui de la continuité du service public. En effet, à côté du service public hospitalier, il faut reconnaître un service public de médecine ambulatoire. En conséquence l'État, garant et régulateur des grands équilibres, doit assurer un maillage cohérent du territoire pour ce qui concerne ce premier niveau de l'offre de soins.

On analysera ici la question en trois temps. Tout d'abord, on établira un état des lieux qui s'avérera relativement nuancé ; ensuite, on essaiera de préciser ce que pourrait être le paradigme du médecin rural ;

enfin, on présentera l'action menée par la Mutualité sociale agricole en Languedoc-Roussillon.

Un état des lieux nuancé

En France, si le nombre de médecins est relativement réglementé, il n'en va pas de même pour leur répartition sur le territoire. Cela tient à l'un des grands principes de la médecine libérale, celui de la liberté d'installation. On verra que plusieurs dispositifs ont été mis en œuvre pour tempérer les effets de cette liberté d'installation. L'approche peut être conduite de façon macro et microéconomique.

Sur le plan national, on ne constate pas de problème particulier quant au nombre de médecins. En effet, les comparaisons internationales font apparaître que la France (335 médecins pour 100 000 habitants) se situe au même niveau de densité médicale (médecins généralistes et médecins spécialistes) que la moyenne de l'Union européenne (337). Ce chiffre est nettement supérieur à celui des États-Unis (280), du Canada (210), du Japon (190).

Cela étant, la médecine générale se pratique dans la proximité ce qui implique donc une analyse plus fine. Or là, sans les exagérer, nous devons bien constater des problèmes de répartition sur le territoire. En effet, la densité médicale (médecins généralistes uniquement) est estimée à 114 ; une comparaison interrégionale fait apparaître des régions très bien dotées (densité médicale en Paca 141, en Languedoc-Roussillon 139), des régions beaucoup moins bien dotées (Centre 93, Picardie 96, Basse-Normandie 98).

Si on pousse plus loin, on se rend compte que, comme on le verra pour le Languedoc-Roussillon, sur le plan intrarégional des problèmes peuvent se manifester également.

Cette situation a amené les pouvoirs publics à déterminer des zones prioritaires. Ces zones prioritaires sont, compte tenu des divers arrêtés pris, au nombre de 343 pour l'ensemble du territoire national. Elles ont été définies afin de mettre en œuvre une politique d'aide à l'installation. Elles comprennent environ 1 600 médecins généralistes (3 % de l'effectif total), 4 500 communes (12 %), 2 600 000 habitants (4 %). À cela manquent des données spatiales qui feraient apparaître qu'au moins la moitié du territoire français serait certainement concernée.

Ces zones prioritaires trouvent leur origine réglementaire dans un décret du 28 novembre 2003 complété par une circulaire DHOS/Uncam 203 du 24 janvier 2005. Elles doivent répondre aux caractéristiques suivantes : une population supérieure à 1 500 habitants, une densité médicale inférieure de 30 % à la densité nationale (soit inférieure à 80), 50 % des médecins doivent avoir une activité « consultations + visites » supérieure de 30 % à la moyenne nationale. Ces références peuvent être modulées selon les particularités géographiques du secteur (par exemple, vallée de montagne enclavée). La circulaire prévoit trois critères additionnels : un délai d'accès au médecin qui ne doit pas dépasser 20 minutes, 10 % de la population au moins doit avoir 75 ans et plus, enfin différents éléments de fragilité sociale caractérisant le territoire peuvent être pris en compte.

Passée au tamis de la circulaire, la situation des régions françaises fait apparaître que sur 22 régions, 3 n'ont pas de zones déficitaires (Alsace, Corse, Paca). Quant à l'amplitude de celles qui en ont, elle va de 2 (Limousin) à 35 (Rhône-Alpes).

Cette situation n'est pas figée, puisqu'il est prévu que les missions régionales de santé (MRS) créées par la loi du 13 août 2004 prennent en charge la mise à jour régulière des zones déficitaires. Au-delà, les MRS doivent également travailler sur les effectifs et la répartition des professions paramédicales (infirmiers, kinésithérapeutes…).

Cette notion de zone déficitaire a été complétée et enrichie par la notion de « zone fragile ». S'il n'est pas précisé officiellement ce que recouvre cette notion, on peut considérer qu'il s'agit notamment de zones potentiellement en difficulté en particulier du fait de départs à la retraite attendus de médecins généralistes de plus de 55 ans.

La mise en œuvre de ce deuxième élément de priorisation fait apparaître que des régions qui n'ont pas de zones déficitaires ont par contre des zones fragiles, comme par exemple la région Provence–Alpes–Côte d'Azur (22 zones fragiles). À ce jour, 328 zones fragiles ont été recensées sur le territoire national.

Un troisième élément est également à prendre en compte : celui de l'accès aux secours d'urgence. La Caisse centrale de MSA avait conduit une étude en 2003 sur des zones qu'elle avait qualifiées de « zones blanches » et qui étaient situées à plus de 30 minutes des moyens de secours terrestres pour les urgences vitales (183 zones, 1 750 000 habitants concernés).

De tout cela, il ressort que l'on ne doit pas avoir de position dogmatique et trop stricte, mais effectuer une utilisation pragmatique et concertée de ces outils. Il faut en avoir une approche étendue, à la fois dans l'espace et s'intéresser par exemple aux zones limitrophes, dans le temps également en prenant en compte l'âge des professionnels et leur désir de mobilité. On notera, à ce propos, la fugacité des situations et la nécessité de bien les anticiper.

Face à cette disparité dans l'accès aux soins de proximité quelles stratégies déployer ?

Une attitude dirigiste est-elle souhaitable ? Est-elle possible ?

Une attitude dirigiste peut procéder par obligations (par exemple : un service national de santé dans les zones défavorisées). Elle peut prendre aussi la forme d'interdictions : interdiction de s'installer, forme directe, ou forme indirecte d'interdiction, par exemple, le conventionnement sélectif de praticiens dont on sait bien que, dans ces zones, il signifierait la mort économique du professionnel non conventionné.

Cette position dirigiste n'est pas retenue dans notre pays eu égard à l'influence du corps médical, mesurée directement à travers le nombre de professionnels de santé qui siègent au Parlement, comme tenant au rôle du médecin comme leader d'opinion.

Le choix a été fait de longue date, dans notre pays, du système libéral quant à la dispensation des soins, et la liberté d'installation constitue, avec le paiement à l'acte, l'un des grands principes de notre système libéral de santé.

Concernant cette problématique de l'accès aux soins en milieu rural, il faut bien observer que toutes les mesures qui sont prises tendent de fait à contourner le paiement à l'acte. Or ces différents dispositifs, à la fois par leur nombre, leur diversité et leur poids économique et financier de plus en plus lourd, devraient amener à poser sereinement la question d'un mode de rétribution aujourd'hui obsolète. Suite aux différents rapports sur cette disparité d'accès aux soins, une réglementation a

Les systèmes incitatifs : rapports et textes juridiques

Concernant cette répartition des médecins sur le territoire, il est en effet procédé depuis de nombreuses années au recours à des systèmes incitatifs. On rappellera ici de façon non exhaustive les sources du droit et les différents rapports qui directement ou indirectement ont inspiré les textes d'aujourd'hui.

En novembre 2002, le doyen Berland remet à Jean François Mattéi, ministre de la Santé, un rapport sur les perspectives démographiques des professionnels de santé ; il aborde en particulier la question du périmètre des métiers.

En juin 2003, le sénateur Descours remet à Jean François Mattéi un rapport sur « *les mesures de nature à faciliter l'installation et le maintien des médecins dans les zones peu attractives* ».

En octobre 2003, le doyen Berland remet un nouveau rapport sur « *la coopération des professionnels de santé et le transfert des tâches et des compétences* ».

En avril 2005, le Doyen Berland préside une Commission sur la Démographie médicale qui met en avant des mesures pour attirer et fidéliser les médecins dans les zones aujourd'hui déficitaires.

Le 25 janvier 2006, le ministre Xavier Bertrand présente ses « Réponses au défi de la démographie médicale » et récemment encore le Conseil national de l'Ordre des médecins remet au ministre huit propositions pour l'organisation de la permanence des soins.

Ces travaux préparatoires inspireront différents textes qui sont portés soit par l'État, soit par l'assurance maladie :

– Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (article 51).

– Circulaire DHOS/Uncam n° 63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes (arrêté du 3 février 2005).

– Circulaire DHOS/Uncam n° 65 du 14 janvier 2005 sur la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux.

– Décret du 30 décembre 2005 relatif aux aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé et des centres de santé dans les zones où l'offre de soins est déficitaire.

été adoptée (*cf.* encadré). Au sein de ce cadre institutionnel, il est intéressant de voir comment ces textes s'incarnent dans la réalité des territoires au bénéfice des habitants du milieu rural.

Il faut, dans un premier temps, essayer de rassembler l'ensemble des acteurs concernés autour d'une réflexion partagée sur ce que pourrait, devrait être, l'exercice de la médecine rurale. En d'autres termes, il faut rechercher un consensus autour d'un paradigme du médecin rural. Qui est-il ? Quels services sont attendus de lui ?

Le paradigme du médecin rural

Les propositions qui vont suivre nous paraissent pouvoir répondre à la fois aux attentes de la population et à celles des médecins. Ce n'est d'ailleurs que dans ces conditions que, loin de toutes considérations théoriques, on peut envisager de construire des réponses concrètes.

On déclinera en cinq caractéristiques le profil du médecin rural : un acteur de santé, inséré dans un réseau, au temps optimisé, à la rémunération élevée, variable et incitative, et à l'activité évaluée.

- Un acteur de santé : Il est engagé dans des actions d'éducation, de prévention et de soins. Ces choses-là sont bien connues et il ne nous paraît pas nécessaire de les développer. Elles illustrent le fait que ce médecin aura une activité à la fois auprès de personnes, mais également auprès de groupes, ce qui requiert des compétences particulières. Cet acteur de santé, il faudra le rechercher, l'installer, le maintenir en activité aussi bien sur place que dans le temps.
- Cet acteur est inséré dans un réseau, c'est-à-dire qu'il ne travaille pas seul, ce qui est un élément de sécurisation et de qualité. Ce réseau peut être un réseau horizontal ; le médecin partage son activité, son expérience avec d'autres professionnels de santé qui se trouvent sur le même territoire. Il peut s'agir aussi d'un réseau vertical qui conjugue les degrés de compétences de ses différents participants.
- Un acteur au temps optimisé. On distinguera d'une part les démarches d'appui et relatives à la subsidiarité, d'autre part la gestion du temps médical. Appui et subsidiarité peuvent être recherchés à travers la décharge des tâches gestionnaires (4 à 5 heures par semaine au moins par médecin), la délégation de tâches et de compétences, l'implication du patient, l'appui des technologies de l'information et de la communication (télé-expertise, télé-surveillance, etc.). La gestion du temps médical est un élément essentiel. Le praticien doit pouvoir, s'il le souhaite, disposer de davantage de temps libre, c'est la notion de temps choisi. Sur un autre plan, il faut surtout limiter les déplacements du médecin, limiter ses dérangements. Il s'ensuivra une plus grande disponibilité pour le patient.
- Un acteur au statut adapté et à la rémunération incitative : il faut éviter la crispation là-dessus et peut-être, à l'instar de ce qui se pratique aujourd'hui dans le dispositif hospitalier, essayer d'évaluer les sommes qui doivent être affectées à la médecine ambulatoire pour la bonne couverture d'un territoire. Pourquoi ne pas définir ainsi, par référence au domaine hospitalier, des « objectifs quantifiés de l'offre de soins » (OQUOS) et les compléter par le chiffrage de « missions d'intérêt général ».

Ce chiffrage prendrait en compte non seulement la volonté d'apporter une offre de soins de proximité, mais également les contraintes géographiques, démographiques, des missions d'éducation et de prévention en santé, etc.

À partir de là, les conditions d'exercice du médecin pourraient être abordées sous deux angles, celui du statut et celui de la rémunération.

Le statut, il pourrait être libéral avec ses différentes adaptations (collaborateur libéral, cabinet secondaire, etc.) ; il pourrait être salarié ; il pourrait aussi être mixte avec un statut d'attaché ou de praticien hospitalier à temps partiel, etc.

La rémunération pourrait prendre en compte les paramètres suivants : bien sûr le volume de la patientèle, mais également les contraintes du territoire,

l'étendue des missions de santé publique prises en compte ou assurées par le praticien, sa qualification, les résultats de son travail…

- Un acteur à l'activité évaluée : cette activité pourrait être évaluée individuellement : respect des protocoles, comportement comme prescripteur, taille et nature des groupes de patients pris en charge…

Cette évaluation pourrait être collective et rassembler l'ensemble des professionnels de santé de la zone en évaluant les actions de santé publique qu'ils ont menées ensemble et puis, à terme, pourquoi pas, en essayant d'approcher l'impact de leurs actions sur la morbidité et la mortalité locales.

En conclusion, on observe que le modèle est ambitieux ; il sera naturellement coûteux car cette ressource médicale sera rare et de qualité. Il convient donc de l'optimiser, d'en tirer le meilleur parti et là se situe l'enjeu le plus fort auquel les institutions en charge de la santé publique sont confrontées aujourd'hui en milieu rural.

Concrètement, les outils précités étant disponibles, les choix stratégiques étant définis, comment faire en sorte que tout cela se mette en mouvement ?

La MSA a réfléchi à cette question. Elle sait qu'un certain nombre d'éléments ne sont pas de sa compétence, mais de celle du législateur ou/et des pouvoirs publics. Par contre, il lui semble qu'elle peut agir sur certains d'entre eux de façon tout à fait concrète et mobiliser les leviers existants pour, par exemple, permettre aux professionnels de santé d'optimiser la gestion de leur temps.

Ce qui est sûr également, c'est que, dans la plupart des situations, l'initiative ne viendra pas des professionnels eux-mêmes. En milieu rural, ils n'ont pas en effet, la plupart du temps, la disponibilité pour réfléchir à ces questions et quand ils le font ce n'est pas toujours de façon collective, ce qui semble pourtant opportun. Il a donc paru à la MSA du Languedoc-Roussillon qu'elle devait se mobiliser sur cet enjeu.

L'action de la MSA en Languedoc-Roussillon

Avant de présenter quelques exemples concrets, on rappellera le pourquoi de cet engagement de la MSA dans ces démarches. Bien sûr, la MSA s'est considérée comme acteur légitime sur ces dossiers qui mettent en cause la population rurale et ses territoires de vie. Depuis quelques années, la MSA s'est définie comme « acteur des territoires ». Ses agents de terrain et ses élus locaux sont autant de « capteurs » des attentes et des besoins de la population rurale.

Dans le champ sanitaire, à la suite des ordonnances Juppé, la MSA a créé au plan régional des associations régionales des organismes de MSA, petites structures, sortes d'« administrations de missions » qui sur le terrain s'impliquent particulièrement dans des tâches déléguées par les missions régionales de santé (démographie médicale…).

La MSA s'appuie pour cela sur la compétence de ses professionnels, médecins et cadres administratifs, et sur son expérience en développement local. Depuis près d'un demi-siècle, les travailleurs sociaux de la MSA ont mis au point une méthodologie du développement social local qui est aujourd'hui transposée dans le domaine sanitaire et que l'on qualifiera de « développement sanitaire local ».

Cette démarche d'ingénierie de projet vise à définir un territoire et à collaborer avec ses acteurs : élus, professionnels de santé, responsables d'établissements… On soulignera l'importance de s'appuyer dans les zones rurales difficiles, où les ressources sont rares, sur les établissements chaque fois qu'il y en a et en particulier les hôpitaux locaux qui fonctionnent, faut-il le rappeler, avec des médecins libéraux et ont donc avec eux un destin lié.

On soulignera aussi que l'intercommunalité est un facteur nouveau et favorable pour mettre en œuvre ces démarches de développement sanitaire local.

La démarche vise ensuite à analyser les besoins et à susciter la motivation des professionnels. À l'expérience, il nous est apparu indispensable que ces professionnels fassent l'objet de rencontres individuelles par des binômes médico-administratifs, composés d'un médecin-conseil et du chargé de mission de l'association régionale. Le rôle de ce binôme sera également de repérer parmi les professionnels celui qui jouera le rôle de leader et qui sera l'interlocuteur du groupe.

Il s'agit aussi d'une construction collective, c'est-à-dire que la MSA n'arrive pas avec des solutions de « prêt-à-porter », mais les professionnels, les responsables d'établissements et le binôme travaillent ensemble pour établir du « surmesure ». Le rôle de l'association régionale réside aussi dans le montage et le suivi du dossier, la recherche de financements en particulier auprès de la Dotation de développement des réseaux et les relations d'interface avec les institutions régionales qui pilotent le dispositif (l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie).

Avant de relater quatre expériences menées en Languedoc-Roussillon, une remarque doit être effectuée pour souligner que toute l'analyse de ces questions de continuité des soins de proximité doit être conduite à un niveau intrarégional. En effet, vu de Paris, le Languedoc-Roussillon apparaît être une région sans problème, bien dotée en professionnels de santé, en particulier médicaux. Une analyse plus fine fait apparaître des zones rurales difficiles. C'est sur celles-ci que l'Aromsa du Languedoc-Roussillon travaille.

Un centre médical

La première expérience est la création d'un centre médical adossé à un hôpital local. L'objectif est de limiter les dérangements et les déplacements des médecins auprès des malades. Les services apportés à la population sont la disponibilité d'un service médical 24 heures sur 24, assuré par les praticiens libéraux en lien avec ce centre médical. Cela concerne tant des consultations que des visites ; un plateau technique est installé dans le centre médical et un véhicule équipé est mis à disposition du praticien de garde ou d'astreinte.

Sur le plan des moyens, les médecins se sont organisés entre eux, ils sont indemnisés, ils sont formés à l'urgence ; du personnel infirmier est disponible, des équipements également (défibrillateur semi-automatique, trousse d'oxygénothérapie…). Des moyens de transmission sont mis à disposition (radio-téléphonie satellitaire, communications privilégiées avec les antennes Smur).

Les résultats sont allés au-delà de nos espérances, puisque, alors que nous attendions 1 200 prises en charge sur les deux premières années, nous en avons eu 2 097. On a noté également, et cela intéresse bien sûr la MSA comme organisme d'assurance maladie, une baisse du nombre de visites, qui représentent aujourd'hui 19 % des recours au centre médical, ce qui est faible.

Enfin, et on ne peut s'empêcher d'établir un lien de cause à effet, alors qu'il s'agit d'une zone particulièrement difficile, de nouveaux médecins sont venus s'installer à proximité du centre médical.

Un réseau de télémédecine

Au sein de ce centre médical, une autre expérience concerne un réseau de télémédecine. L'objectif est d'apporter un appui aux médecins à travers la mise en place de la télé-imagerie (radio numérisée, échographie). Cela autorise un diagnostic rapide, de proximité, de qualité et une réponse graduée en lien avec les services de technicité supérieure des centres hospitaliers et centres hospitaliers universitaires qui apportent leur concours. On a là un élément apprécié de lutte contre l'isolement médical.

Des réseaux de médecins correspondants du Smur

La troisième initiative a visé à créer des réseaux de médecins correspondants du service médical d'urgence régional (Smur). Il s'agit de sécuriser les populations isolées et aussi de sécuriser les médecins qui se rendent sur une urgence qui peut être complexe et vitale. Ce sont des médecins libéraux intégrés dans le réseau pré-hospitalier du Samu départemental articulé avec des antennes Smur. Ces médecins prennent l'engagement de se rendre sur le site de toute détresse vitale réelle ou supposée à la demande du Centre 15. Une formation spécifique leur est dispensée par le Samu, le matériel nécessaire à la prise en charge d'une urgence vitale est disponible. Enfin, et c'est très important dans les faits, un relais systématique est pris par le Smur. Une rémunération spécifique forfaitaire est financée par la Dotation de développement des réseaux. Progressivement, l'Aromsa du Languedoc-Roussillon, en concertation avec tous les acteurs concernés, a permis que soit assurée la couverture en médecins correspondants Smur de l'ensemble des zones de la région qui le nécessitent.

Un réseau de médecins remplaçants

La quatrième expérience a consisté en la mise en place d'un réseau de médecins remplaçants. Il s'agit d'alléger la charge de travail des médecins dans les périodes particulièrement denses. Cela concerne en particulier des médecins installés dans des zones touristiques où l'activité estivale est multipliée par trois. Des étudiants en fin de cycle de troisième année, formés à l'urgence, assurent des gardes certaines nuits et certains week-ends. Une rémunération forfaitaire leur est accordée et la logistique de leur accueil et du fonctionnement est totalement prise en charge par l'hôpital local.

On retirera de tout cela quelques éléments de réflexion quant aux conditions de réussite, aux difficultés et aux limites de la démarche.

S'agissant des conditions de réussite, l'accompagnement des promoteurs, les professionnels de santé, par les collaborateurs de la MSA, personnes extérieures au secteur et experts en lien avec les institutions régionales, est un élément de facilitation.

Il est absolument nécessaire de s'appuyer sur les ressources existantes, pour des raisons d'économie en premier lieu, pour des raisons d'efficacité en second lieu : les professionnels bien sûr, les établissements également, les collectivités territoriales enfin.

La motivation des acteurs par des rencontres individuelles, même si elle est parfois chronophage, s'avère pourtant indispensable, comme la nécessité de trouver un responsable qui rassemble ses collègues autour du pilotage du dispositif.

Il convient également de faire preuve de la plus grande humilité dans la conduite de la démarche de la part des institutionnels. Ils arrivent avec une boîte à idées, des outils et un mode d'emploi, mais les choix et les décisions appartiennent aux acteurs locaux. Le façonnage du projet doit permettre ensuite qu'il soit « institutionnellement correct ». Enfin, et les deux sont liés, un effort d'information et de communication auprès des services de l'État (Ddass), de l'Ordre des médecins, des élus et de la population est tout à fait nécessaire.

Les difficultés de la démarche tiennent en premier lieu aux médecins eux-mêmes. Leurs études, leurs conditions d'exercice ne leur ont pas forcément apporté le sens du travail collectif. Cet individualisme et leur faible disponibilité, compte tenu de leur charge de travail, sont des contraintes importantes.

De plus, en milieu rural ce sont souvent les mêmes personnes ressources qui sont mobilisées et cette concentration des sollicitations sur les mêmes acteurs est aussi un élément à prendre en compte.

Du côté des institutions en second lieu : la pluralité de financeurs possibles induit souvent une pluralité de dossiers ; même si, au plan régional, des efforts importants ont été faits pour tendre vers un guichet unique. On peut relever aussi qu'alors que, dans le cadre du deuxième train de lois de décentralisation, le législateur a mis un terme au copilotage des politiques publiques, la constitution des missions régionales de santé, dont on connaît les enjeux par ailleurs (agence régionale de santé), est un dispositif administratif qui, malgré la bonne volonté des acteurs, peut s'avérer relativement lourd.

Enfin, plus globalement, il est clair que quelles que soient la pertinence et l'efficacité des mesures et des actions conduites pour attirer les médecins en milieu rural et pour permettre à ceux qui y sont d'y demeurer, des facteurs prédominent qui sont extra-professionnels.

Ils ont trait aux éléments personnels et environnementaux qui président aux choix d'installation des praticiens : travail du conjoint, services (enseignement, etc.). Cela traduit bien que l'engagement pour assurer la continuité des soins en milieu rural ne peut, pour porter pleinement ses fruits, que s'intégrer dans une politique plus globale qui met en jeu tous les champs de l'action publique.

Améliorer le pilotage du dépistage du cancer du sein

L'expérience de l'Ile-de-France

Nadine Sannino
Cemka-Eval
Marie-France d'Acremont
Drassif
Marie-Claire L'Helgoualc'h
Drassif
Dominique Cherasse
Urcamif
Céline Deschaseaux
Cemka-Eval
Ludivine Etienne
Cemka-Eval

L'objectif du dépistage organisé du cancer du sein est de réduire la mortalité causée par cette maladie. En Ile-de-France, un groupe de travail a élaboré un outil de suivi et d'amélioration de ce programme.

En février 2000, le Programme national de lutte contre le cancer plaçait la généralisation du dépistage organisé (DO) du cancer du sein au premier rang des priorités gouvernementales après dix ans d'expérimentation. Le pilotage et le suivi étaient confiés aux directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (Drass). Rappelons que ce DO s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans, invitées par les structures départementales de gestion (voir encadré) du dépistage à bénéficier d'une mammographie tous les deux ans. Dans ce cadre, les clichés radiologiques normaux sont soumis à une double lecture et il est proposé d'emblée des explorations complémentaires aux femmes ayant une mammographie anormale. Début 2002, le copilotage des Drass avec les unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) était formalisé[1], au sein du comité technique régional de cancérologie (CTRC). Très tôt en Ile-de-France, le besoin de disposer d'une meilleure visibilité pour ce pilotage a conduit la Drass à la commande d'un tableau de bord du DO. Quatre années de travail régulier, mobilisant l'ensemble des partenaires détenteurs de l'information, ont été nécessaires pour que le tableau de bord atteigne une phase de maturité. La réflexion partagée au sein d'un groupe de travail[2], animé par la Drass et Cemka-Eval, avec l'aide de l'Urcam, a pourtant abouti au premier modèle de tableau de bord dès 2002. À cause de difficultés plus importantes que prévues dans l'obtention et la qualité de l'information, le tableau de bord a été mis en œuvre en 2003 et 2004, et ce n'est qu'en 2005 que la première exploitation régionale complète a pu être produite. Dans l'intervalle, certains indica-

1. Circulaire DGS n° 2002/21 du 11 janvier 2002 relative à la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein.

2. Représentants de la Drass, Cemka-Eval, représentants de l'Urcam et du réseau de l'assurance maladie (régime général, MSA, AMPI et une dizaine de régimes spéciaux), InVS, les coordonnateurs de toutes les structures de gestion, ORS, des experts radiologues (Centre de lutte contre le cancer de Saint-Cloud et centre hospitalier 93 de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris), Epiconcept.

Les structures de gestion du dépistage organisé

Les structures de gestion sont de statut associatif ou des groupements d'intérêt public (GIP). Elles regroupent dans le conseil d'administration des représentants du conseil général, de l'assurance-maladie, des professionnels de santé et des usagers. Elles sont chargées d'organiser au niveau départemental le dépistage des cancers (sein, colorectal…) et sont placées sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur.

teurs ont été modifiés, d'autres ajoutés ou supprimés, et des améliorations de lecture du tableau de bord ont été apportées.

Aujourd'hui, cette expérience permet d'analyser l'intérêt et les difficultés d'une initiative encore singulière dans ce domaine.

Un tableau de bord pour synthétiser, compléter et optimiser l'information existante

L'objectif du tableau de bord est d'analyser la montée en charge du dépistage dans un délai adapté à la prise de décision. Il s'agit de documenter le fonctionnement du DO, en complément de l'évaluation produite par l'Institut national de veille sanitaire (InVS) et des éléments qualitatifs fournis par les structures de gestion, lors de chaque comité technique régional de cancérologie. La mise en perspective des données, issues de sources différentes, doit permettre de gagner en connaissance et en précision.

Pour le construire, une analyse préalable des données quantitatives disponibles au niveau de la région ou des départements a permis de préciser les données manquantes et nécessaires au pilotage. Les indicateurs ont été retenus en fonction de critères d'accessibilité et d'utilité pour la décision.

La mise en œuvre a privilégié les circuits de recueil de données existantes pour éviter les redondances et l'augmentation inutile de la charge de travail des participants.

Le premier modèle de tableau de bord comportait sept volets complémentaires et son exploitation était prévue à deux niveaux : régional (par département, tous régimes d'assurance maladie et toutes tranches d'âge confondus) et départemental (par classes d'âge quinquennales et par régime d'assurance maladie). Deux volets parmi les sept prévus n'ont pas été encore finalisés (appréciation des acteurs et volet économique) (tableau 1).

Une illustration de l'expérience en quatre exemples

Documenter la démographie médicale pour analyser l'accessibilité au dépistage

Bien que l'organisation actuelle du programme s'appuie sur les radiologues, les médecins généralistes et les gynéco-obstétriciens sont aussi des acteurs essentiels car ils facilitent l'adhésion des femmes au dispositif. Les actions de communication et de formation en direction de ces professionnels sont à adapter à leur démographie (prise en compte de la spécialité et des inégalités départementales) et à leur mode d'exercice libéral et/ou hospitalier). La figure 1 présente les résultats pour les médecins généralistes.

Notre requête a rencontré des difficultés. Outre le délai habituel de mise à disposition des données à validation nationale, l'utilisation de deux sources différentes s'est avérée nécessaire pour disposer de l'information souhaitée. Tout d'abord le

tableau 1

Structure du tableau de bord régional de suivi du dépistage organisé du cancer du sein en Ile de France

Volet	Objectifs	Exemples d'indicateurs utilisés
Contexte	Décrire les populations d'acteurs du DO, l'état de santé spécifique de la population cible, l'accessibilité au DO	Densité et proportion de femmes de 50-74 ans par département, mortalité et morbidité spécifiques, démographie professionnelle par type, parc mammographique, activité mammographique des radiologues
Fonctionnement	Connaître et analyser la participation des femmes et des radiologues au DO, la place du DO au regard de l'activité mammographique globale, l'accessibilité aux résultats, la montée en charge de la formation des radiologues	Taux annuel d'activité*, taux annuel de participation, taux de femmes sollicitées, répartition des modes d'accès au dépistage, répartition des causes de non-participation, délais d'accès aux résultats pour les femmes, taux de formation des radiologues
Qualité	Analyser la qualité du programme	Indicateurs de (par ex. : taux de clichés techniquement insuffisants*)
Impact	Connaître les effets du programme à l'égard de l'accès aux soins	Délais d'accès au premier traitement par ACR**
Efficacité	Analyser les cancers dépistés et leur précocité*	Indicateurs de l'InVS (par ex. : taux de cancers micro-invasifs*)
Appréciation des acteurs	Connaître la satisfaction et l'opinion des femmes et des professionnels à l'égard du fonctionnement du DO	% de femmes satisfaites du fonctionnement du dépistage, % de professionnels satisfaits de l'organisation du dépistage
Économique	Connaître les coûts d'administration du programme	Coût de fonctionnement par poste, coût par femme invitée, coût par femme dépistée

*Indicateurs produits par l'InVS et intégrés au tableau de bord.
**Classification de référence des images mammographiques.

fichier Adeli, constitué par les directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (Ddass) et géré par la Direction de la recherche des études et de l'évaluation en santé (Drees), permet théoriquement de connaître le total de médecins libéraux et salariés pour chaque département. *A priori* exhaustif, ce fichier pose cependant des problèmes de fiabilité et de mise à jour (médecins salariés et départs à la retraite). Le fichier SNIR (système national interrégimes) de la Cnamts, qui bénéficie d'une actualisation permanente, a été utilisé pour préciser la part des professionnels libéraux dans ce total. Or,le rapprochement des deux sources est complexe du fait de définitions différentes pour caractériser les mêmes variables (le type d'exercice et la spécialité des professionnels). Cela a été l'occasion de découvrir qu'un travail de redressement des données Adeli a été engagé par la Drees, elle-même confrontée à cette difficulté. À l'heure actuelle, ces informations « simples » sont donc encore difficiles à obtenir et demeurent approximatives au regard de l'utilisation souhaitée.

Un autre exemple peut être donné pour les radiologues, pour lesquels les sources de données officielles ne permettent pas de suivre la montée en charge de la participation au DO, selon leur mode d'exercice (en ville ou à l'hôpital). Seules les données des structures de gestion permettent de dénombrer les radiologues participants, sans pouvoir comparer précisément à l'ensemble des radiologues ou à ceux pratiquant la mammographie. *A fortiori*, en rapprochant l'information relative à la formation, il est aussi difficile de connaître la part de radiologues formés dans le cadre du DO.

figure 1

Taux de médecins omnipraticiens (2003)
Nombre de médecins généralistes / population des femmes de 50 à 74 ans x 100 000

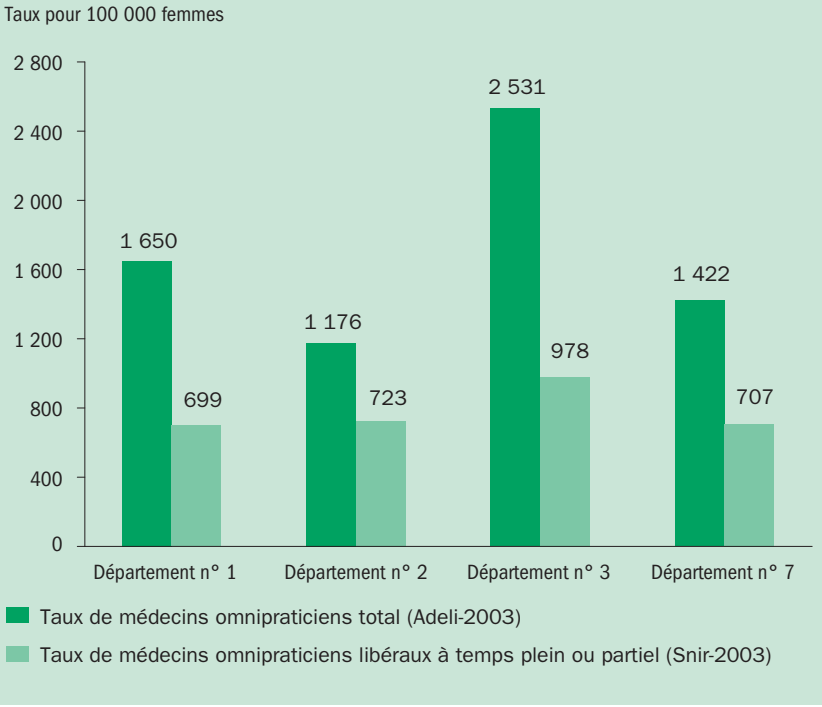
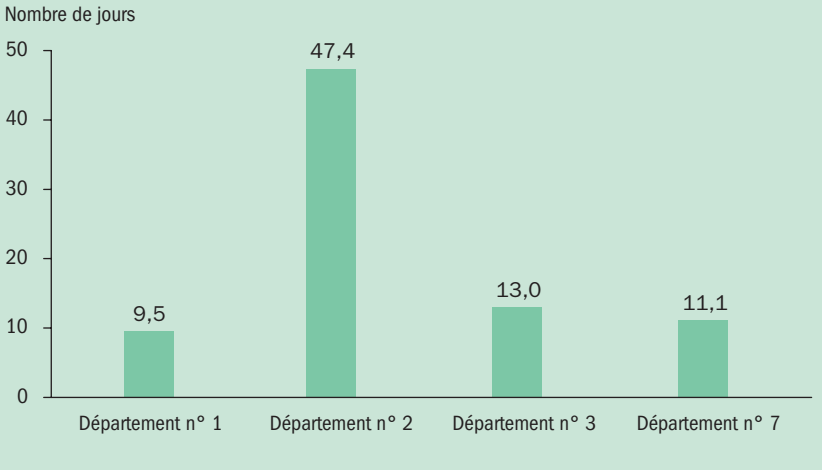


figure 2

Délais d'accès aux résultats en 2004



Comprendre les disparités départementales dans l'accessibilité aux résultats

Le délai d'attente des résultats de la deuxième lecture est un élément de qualité du programme et de fidélisation des femmes pour la réalisation des mammographies suivantes ; comme l'ont montré les premières expériences de dépistage, ce délai se définit par le temps écoulé entre la mammographie et l'édition du courrier de résultat qui est envoyé à la femme. Il caractérise l'accessibilité aux résultats de sa mammographie. Produit par l'InVS, la mise à disposition tardive de cet indicateur de fonctionnement a fait opter pour l'obtention directe de l'information auprès des structures de gestion. En 2004, en Ile-de-France, comme le montre la figure 2, un département présentait un délai moyen d'accès aux résultats de plus de six semaines, nettement plus important que les autres départements. L'analyse de l'organisation a montré que ce département était alors le seul à ne pas disposer de coursier pour l'acheminement des mammographies vers la structure de gestion. De

plus, son personnel administratif, chargé de gérer les dossiers, était moins nombreux que dans les autres départements. Des différences de fonctionnement et de budget peuvent donc pénaliser certaines structures de gestion et il est utile de les mettre en évidence pour proposer des voies d'amélioration.

Quantifier les efforts développés au regard de la participation des femmes et analyser le rôle des modes d'accès au dépistage

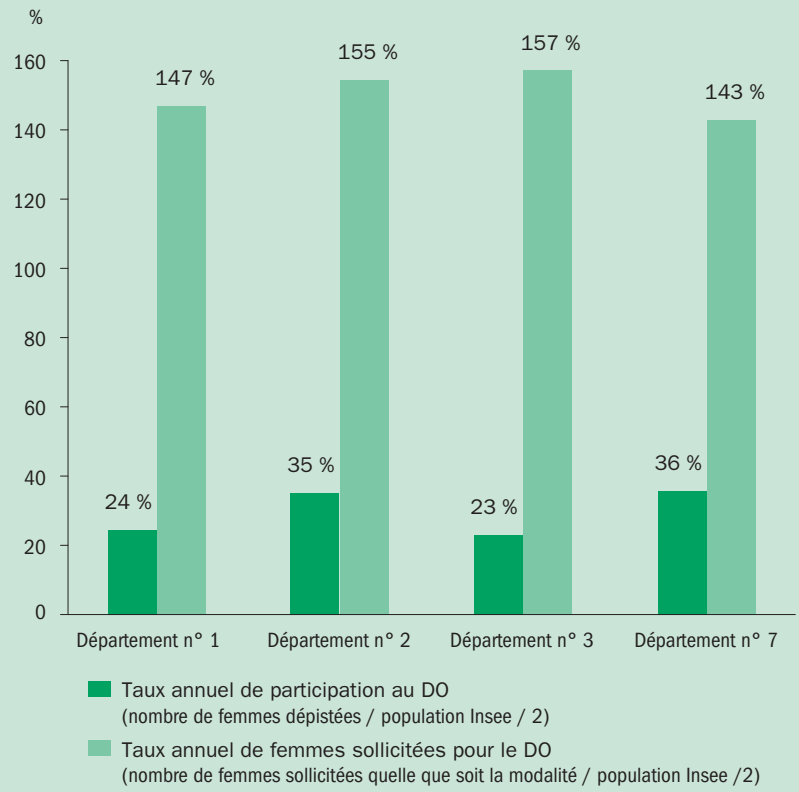
Le taux annuel de participation[3] quantifie le nombre de femmes ayant bénéficié du DO par rapport à la population ciblée dans l'année. L'invitation et la relance, gérées par les structures de gestion, ne sont pas les seules voies d'accès au DO : la demande spontanée, la proposition du médecin traitant et la procédure d'éligibilité[4] comptent parmi les autres possibilités. Le « taux de femmes sollicitées » a donc été créé, pour quantifier l'ensemble des femmes à qui le dépistage organisé a été proposé, par une voie d'accès ou par une autre.

Le dénominateur utilisé pour cet indicateur est également la moitié de la population Insee de cette tranche d'âge, puisqu'elle correspond à l'effectif annuel des femmes « théoriquement » invitées par les structures de gestion. Dans la pratique, comme le montre le graphique suivant, le nombre de « femmes sollicitées » dépasse cet effectif (taux supérieur à 100 %). Cela s'explique d'une part par l'éventualité qu'une structure de gestion invite plus de la moitié de la population cible sur une année, d'autre part du fait de la diversité des sollicitations possibles aujourd'hui (figure 3).

La mise en perspective des taux de participation et de sollicitation pour décider d'actions doit cependant être entourée de précautions. En effet, les numérateurs respectifs de ces indicateurs ne caractérisent pas les mêmes populations de femmes car il existe plusieurs décalages temporels : entre la date de l'invitation et la relance, ou entre la date de sollicitation et la date de réalisation de la mammographie (les femmes dépistées en année « N » ont pu être invitées en « N-1 »). Peu de solutions en dehors d'une analyse par femme (de type analyse de cohorte) se présentent pour résoudre cette difficulté.

figure 3

Fonctionnement du DO en 2004



En complément des indicateurs précédents, il est utile de prendre en compte l'ensemble des voies d'accès ouvertes aux femmes, et le rôle joué par chacune de ces modalités dans la participation des femmes. Mais, à l'heure actuelle, le recueil de cette information n'est pas exhaustif et variable d'un département à l'autre. Cet indicateur illustre plus les stratégies départementales que l'importance relative des différents modes d'accès au DO.

À titre d'exemple pour un département, le graphique suivant met en évidence en particulier la place occupée par le médecin dans l'adhésion des femmes au DO (figure 4).

Pour mieux cibler les actions favorisant l'adhésion au programme, le groupe de travail a donc recommandé d'améliorer la qualité de ces informations. Au-delà, il semble essentiel que chaque structure de gestion puisse disposer du taux de participation au DO en fonction de chacun des modes d'accès au dépistage, afin de déterminer les actions à engager pour améliorer la participation des femmes.

Situer la place du dépistage organisé par rapport à l'ensemble des femmes ayant bénéficié d'une mammographie

L'objectif 50 de la loi de santé publique de 2004[5] vise l'obtention d'un taux de couverture du dépistage de 80 % chez les femmes de 50 à 74 ans.

En France, l'exercice « spontané » du dépistage cohabite avec un dépistage « organisé » au sein d'un programme. Il semblait donc essentiel de documenter

3. Nombre de femmes dépistées rapporté à la population Insee de la tranche d'âge (50 à 74 ans) divisée par deux (car les vagues d'invitation au dépistage sont sur deux ans).

4. Procédure qui permet au médecin traitant de s'assurer que sa patiente correspond aux critères d'éligibilité pour le dépistage, et n'a pas déjà bénéficié du DO dans les deux années précédentes en consultant le fichier de la structure de gestion par Internet, selon des modalités sécurisées d'accès et en imprimant une prise en charge (procédure régionale, réalisation Epiconcept, structures de gestion et Drassif).

5. Loi 20004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

cet objectif et d'apprécier l'évolution respective de ces pratiques dans chaque département de la région. La « couverture mammographique » représente l'ensemble des femmes ayant bénéficié d'une mammographie dans l'année[6], que ce soit dans le dépistage organisé ou en dehors, de celui-ci (« spontané »). Le calcul de cet indicateur repose sur l'utilisation des systèmes d'information de tous les régimes de l'assurance maladie et cela a été possible grâce à la coordination de l'Urcam. Une requête spécifique a été élaborée, puis présentée et discutée avec les représentants des différents régimes acceptant de participer.

Dans l'absolu, la totalité de l'information (dépistage organisé et spontané) aurait dû être obtenue par les systèmes d'information de l'assurance maladie. Dans la pratique, deux sources ont été utilisées. En effet, pour la part de l'information relative au DO, la confrontation des données issues des structures de gestion aux données de l'assurance maladie a mis en évidence un écart moyen de 7 à 8 %. Le groupe de travail s'est attaché à comprendre ce constat et, aujourd'hui, plusieurs facteurs sont identifiés pour expliquer les différences observées. Parmi ceux-ci, les données d'activité hospitalière publique ou celles des sections locales mutualistes, indisponibles dans la base de données de l'assurance maladie, sont les plus importantes.

En ce qui concerne l'activité mammographique « spontanée », il s'agit d'une estimation car il n'est pas possible de distinguer la mammographie « diagnostique » (prescrite pour documenter une anomalie palpable) et celle du « dépistage » (réalisée par définition en l'absence de signe d'appel) dans la base de données de l'assurance maladie. Il est également impossible de prendre en compte, là encore, l'activité publique hospitalière.

En utilisant les deux sources d'information disponibles (structures de gestion et assurance maladie), comme le montre la figure 5, le taux global de couverture mammographique annuel peut être estimé et il est possible de situer la place du DO dans les pratiques de chaque département. Compte tenu des remarques précédentes, ce taux est sous-estimé par le manque d'information venant de l'hôpital public, et surestimé par l'activité de mammographie diagnostique. Il constitue néanmoins la seule information globale disponible qu'il est important de prendre en compte au regard des objectifs nationaux de couverture du dépistage. Dans l'exemple présenté ci-dessous, un taux de couverture global de l'ordre de 68 % est observé. Malgré les limites décrites, ce taux est sans doute plus proche de la réalité que le taux de participation au DO (considéré seul), vis-à-vis de l'accès à une mammographie de dépistage chez les femmes de 50 à 74 ans. Comparée à la population ciblée, la couverture mammographique permet ainsi d'apprécier la part de femmes totalement à l'écart du dépistage et qui nécessitent une approche spécifique. En ce qui concerne le dépistage spontané, celui-ci est lié en grande partie aux pratiques médicales, pour lesquelles, au-delà de la sensibilisation par les acteurs locaux, les leviers d'action se situent plutôt à un niveau national. Le taux global de couverture permet ainsi d'évaluer le travail nécessaire pour obtenir une meilleure implication des femmes et, parallèlement, des médecins dans le DO. De plus, à partir de la même requête, les structures de gestion vont décliner cet indicateur sur une base géographique infradépartementale,

figure 4

Répartition des modes d'accès au dépistage (pour le département n° 4)

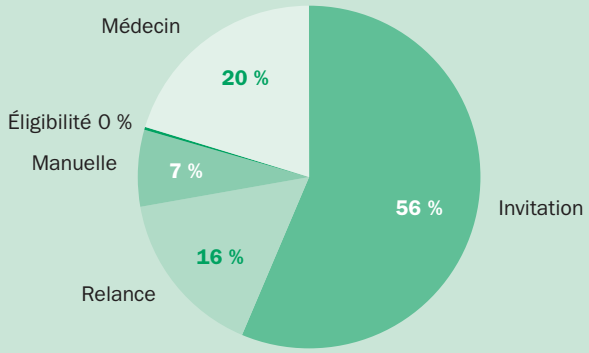
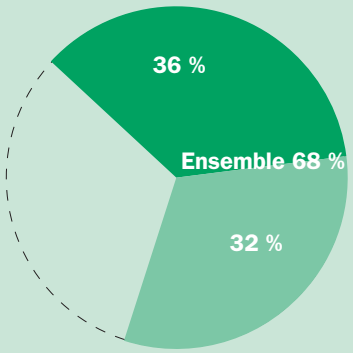


figure 5

Exemple d'estimation du taux global de couverture annuel (pour le département n° 7)

Taux de femmes ayant eu une mammographie dans le cadre du DO (structures de gestion, 2004)



Taux de femmes ayant eu une mammographie hors DO (Urcam, 2004)

6. Rapporté à la moitié de la population cible du DO.

et cibler les actions locales à partir de l'estimation du taux de couverture par commune.

L'amélioration du pilotage du dépistage nécessite une complémentarité à plusieurs niveaux

Le besoin d'un tableau de bord est né de la responsabilité confiée par l'État au niveau régional du pilotage du programme national de dépistage organisé du cancer du sein.

Sur le « principe », et dans ce contexte, l'importance comme l'intérêt du tableau de bord pour disposer d'une analyse objective et globale du fonctionnement régional du DO n'ont pas été discutés. La mise en œuvre « pratique », pour aboutir à un outil opérationnel, s'est faite selon deux axes indissociables : intéresser ceux qui gèrent l'information et produire une information valide.

Concernant la mobilisation humaine, cette expérience montre que le partage et l'analyse collégiale de l'information à l'échelle de la région, pour une application de suivi d'un programme national, sont possibles. En témoignent l'assiduité dans la participation et la constance des membres du groupe de travail depuis le début de la démarche.

La réalité d'un processus d'ajustement collectif au sein de ce groupe de travail a probablement joué un rôle stratégique important, tout comme la possibilité pour chacun d'utiliser l'information apportée par le tableau de bord. Les résistances soulevées auprès de certains acteurs pour communiquer ou discuter l'information de manière adaptée aux intérêts de la collectivité restent marginales au regard de l'adhésion d'ensemble.

Au-delà de sa pure dimension technique, seule visible, le tableau de bord a ainsi montré son intérêt pour contribuer à animer de manière participative la politique nationale de santé publique déclinée au plan régional. À ce titre, il se présente comme un exemple possible de méthode de travail transversal entre les partenaires d'une région.

La lenteur de la démarche et les questions qui entourent sa validité, comme l'ont montré nos exemples, sont plus liées à des difficultés d'accès et/ou d'utilisation de l'information, qu'à son inexistence. Bien qu'aujourd'hui tous ces obstacles soient clairement identifiés, le groupe de travail n'a pu les résoudre que partiellement. Ainsi, des améliorations ont été obtenues dans la qualité des données issues des structures de gestion et dans l'élaboration des requêtes réalisées sur le système d'information de l'assurance maladie. Par ailleurs, toutes les structures de gestion de l'Ile-de-France disposant du même logiciel de gestion[7], la Drassif a commandé la conception d'une requête d'extraction commune pour accéder à certaines données dans des délais compatibles avec les besoins.

Mais le niveau régional ne dispose d'aucune marge de manœuvre pour améliorer les délais de mise à disposition des données à validation nationale[8], homogénéiser les définitions qui les entourent ou encore résoudre l'éparpillement d'une même information au sein de plusieurs sources.

De même, le niveau régional ne peut que composer avec les zones d'ombre (comme l'activité hospitalière) ou l'imprécision des bases de données nationales (absence des données des sections locales mutualistes pour la base de données du régime général de l'assurance maladie, absence actuelle de codage spécifique de l'activité de mammographie diagnostique/dépistage).

De fait, pour ne pas introduire de variabilité à l'égard d'une information dont le besoin est commun à toutes les régions, il est essentiel que ces difficultés, pour certaines déjà anciennes et récurrentes, soient résolues au niveau national.

Finalement, le positionnement du niveau régional, pourtant créé par le cadre légal, est paradoxal entre la nécessité de disposer d'un outil pour assumer le rôle qui lui est donné, et le manque de visibilité à l'égard de l'avenir de cet outil dans le cadre d'un pilotage national. Au-delà de cette expérience, se pose la question de la latitude dont disposent les régions pour créer, puis conserver les dynamiques de cohérence attendues au niveau de ce territoire géographique. Pourtant, comme l'a montré cette expérience, ces dynamiques sont indispensables pour coordonner la politique de santé publique, et le rôle de la région en la matière est confirmé. En complément, la synergie entre les régions et le niveau national reste à construire, éventuellement selon le même modèle d'élaboration participative.

Cette complémentarité est indispensable pour améliorer le pilotage du dépistage et lui donner une visibilité optimale, à l'échelle régionale comme nationale.

Ainsi, les efforts pourront converger vers l'atteinte des objectifs quantifiés, introduits par la loi de santé publique. ■

7. Néoscope de la société Epiconcept.
8. N-2, N-3 souvent et parfois N-4.

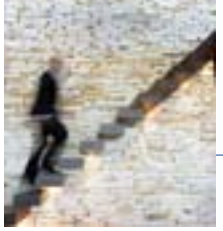
dossier

La formation en santé publique
Un domaine en mutation

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

En décembre 1992, le premier numéro de la revue *Actualité et dossier en santé publique* était consacré à la formation en santé publique. L'éditorial soulignait deux caractéristiques de ce domaine, qui avaient considérablement compliqué la réalisation du dossier. Il s'agissait, d'une part, de la difficulté à définir la santé publique, domaine d'action qui se situe au carrefour de plusieurs disciplines scientifiques et, d'autre part, du foisonnement et de l'éclatement des formations proposées. Quinze ans plus tard, ces deux caractéristiques nous paraissent encore d'actualité. Il est toujours aussi difficile de définir le champ de la santé publique[1] aux multiples métiers et recenser l'offre de formation, dispersée géographiquement,

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



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

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

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

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

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

Les formations en santé publique

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

L'offre actuelle de formation en santé publique en France

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

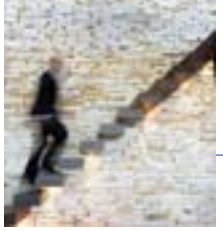
Il s'agit de dresser un état des lieux de la formation en santé publique en France à l'heure actuelle, en s'appuyant sur l'organisation et le contenu des études.

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Le master est un diplôme national universitaire de niveau bac + 5. Il comprend deux années d'études : la première année de master, ou M1, puis la seconde, ou M2. Les masters sciences de la vie et de la santé ou de sciences et technologies, mention santé publique, présentent l'intérêt de proposer des formations adaptées et plurielles.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

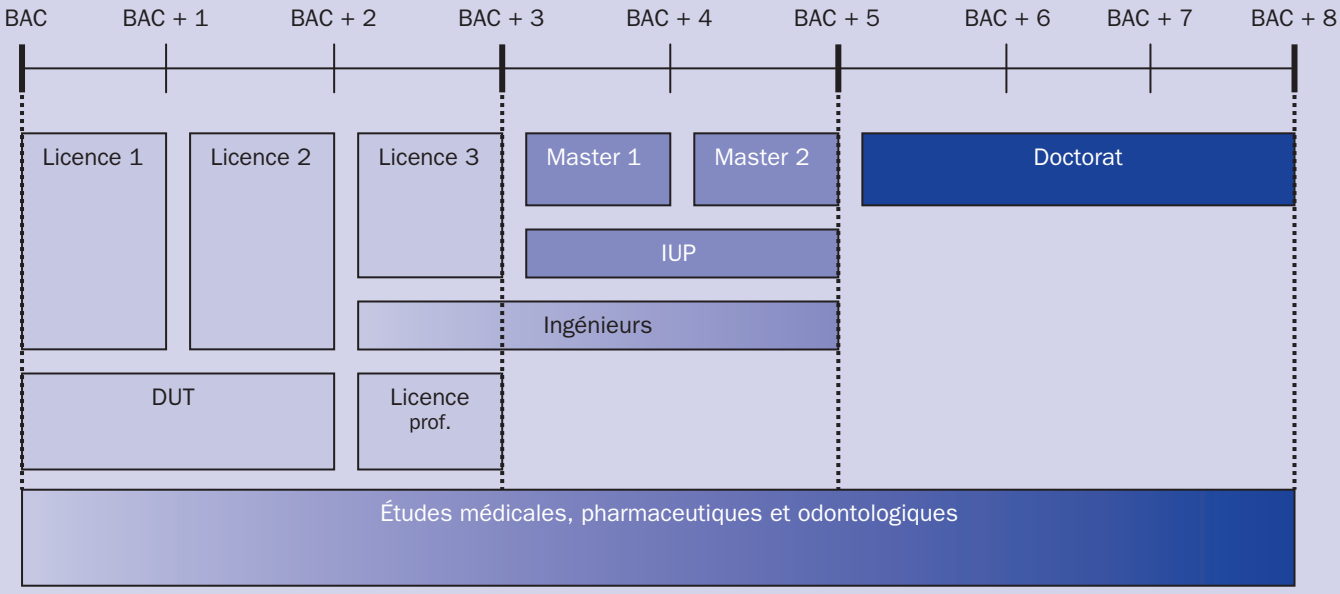
Enfin, les diplômés d'un master pourront préparer une thèse de doctorat qui correspond à 480 crédits, soit 180 supplémentaires après le master.

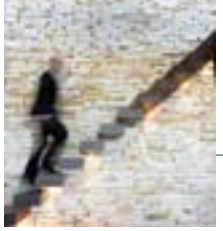
Le système est composé d'unités d'enseignement (UE). Chaque UE a une valeur définie en crédits ECTS et correspond au nombre d'heures de travail que l'étudiant doit fournir pour obtenir son UE (cours, travaux dirigés, travaux pratiques, travail personnel). Une année complète réussie représente 60 crédits,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

Le système européen de crédits ECTS est une méthodologie nouvelle pour la France. S'appliquant à tous les diplômes nationaux, il a l'avantage de favoriser la souplesse entre les parcours. Les ECTS sont également transférables d'un parcours à l'autre et permettent, par exemple, de valider des périodes d'études effectuées à l'étranger. Ils sont capitalisables puisque toute validation est acquise définitivement quelle que soit la durée d'un parcours. Ils sont applicables à l'ensemble du travail de l'étudiant (enseignements, stages, mémoires, projets…). L'étudiant est donc pleinement acteur de son parcours de formation. À chaque étape, il peut réaliser des choix adaptés à son projet d'études et professionnel.

Informations complémentaires, textes ministériels

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





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

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

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

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

Les diplômes d'université sont délivrés par chaque université. Ces dernières sont autorisées à délivrer les diplômes de leur choix, correspondant à une politique pédagogique locale. Les diplômes d'université ne sont pas reconnus au plan national. Ils sont très nombreux, de dénominations diverses et de durée et coût variables. Parmi ces types d'enseignement, on distingue : le DU ou diplôme d'université, le DIU ou diplôme interuniversitaire, et l'AEA ou attestation d'études approfondies, sans compter les attestations de participation, de présence, d'études ou de stage. Plusieurs catalogues répertorient les diplômes existants (*Quotidien du médecin*, banque de données en santé publique, faculté de Bordeaux…). Citons par exemple un DIU organisé par le Centre d'enseignement de la statistique appliquée à la médecine et à la biologie médicale (Cesam), qui propose des cours de formation pratique à l'utilisation des méthodes statistiques dans le domaine biomédical ainsi qu'aux méthodes de l'épidémiologie et de la recherche clinique.

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

Formation des médecins spécialistes de santé publique : l'internat

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

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

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

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

L'internat de santé publique

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

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

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

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

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

- les agences sanitaires et statistiques de la santé : Institut de veille sanitaire, CIRE, observatoires régionaux de la santé, Haute Autorité en santé…
- l'administration du système de santé : directions régionales des Affaires sanitaires et sociales, agences régionales de l'hospitalisation, assurance maladie, direction générale de la Santé, direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de soins…
- l'industrie pharmaceutique : activités de pharmaco-économie et de recherche clinique ;
- l'étude des populations et des pathologies : EDF, Epicentre, Institut Pasteur, Institut recherche et développement, mutuelles…
- les biostatistiques, l'information médicale et la recherche clinique (services hospitaliers) ;
- la recherche en santé publique : unités de recherche Inserm ;
- la santé publique hospitalière (services hospitaliers) ;
- les sciences humaines : économie, éducation pour la santé, sociologie, éthique…

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

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

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

- Un parcours « généraliste » de médecin spécialiste de santé publique : le point fort est l'acquisition d'une bonne expertise transversale des compétences de la spécialité. C'est plus souvent l'étude d'un thème ou le suivi d'une population qui dominent le parcours. Cela implique que la plupart des stages pratiques soient réalisés dans des structures de santé publique variées et adaptées : recherche, veille sanitaire, administration et soins.
- Un parcours « spécialisé » de médecin spécialiste de santé publique : dans ce cas, l'expertise est plutôt longitudinale, à savoir dans le champ de l'analyse puis dans une discipline fondamentale. Le parcours de l'interne se focalise alors souvent sur certains terrains de stages : recherche, veille sanitaire. Pour la plupart, ce sont des médecins épidémiologistes, biostatisticiens, économistes ou sociologues. Fréquemment, ils ont obtenu un doctorat de science en plus de leur thèse de médecine. Ce sont donc des « doubles docteurs ».
- Un parcours « clinique » de médecin spécialiste de santé publique : certains internes optent pour un cursus alliant santé publique (le plus souvent une formation en épidémiologie ou en recherche clinique) et clinique (en réalisant un DESC : gériatrie, nutrition, infectieux…).

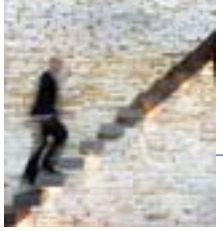
Sites à consulter

- Collège de liaison des internes de santé publique (CLISP) : www.clisp-asso.org
- Association des internes de santé publique d'Île-de-France (SPi) : www.internatsantepub.org

Formation en santé publique des professionnels paramédicaux de la santé

Dans le cadre des formations initiales du personnel paramédical, sont délivrés des enseignements théoriques de base de santé publique : infirmier, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste… Par exemple, la préparation du diplôme d'État d'infirmier requiert la validation d'un module théorique obligatoire comprenant des cours de démographie, de biostatistiques, d'économie de la santé et d'organisation du système sanitaire. Pendant le second cycle des études de masso-kinésithérapie, un module de cours traite de prévention et de promotion de la santé, un autre de droit, d'éthique et de gestion.

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



Formation des professionnels de santé publique de l'administration sanitaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quelques pôles structurés de formation et de recherche en santé publique

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

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

Nous avons décidé également de présenter succinctement quelques lieux de formation qui nous paraissent intéressants par leur place dans l'histoire de l'enseignement de la santé publique en France ou parce qu'ils regroupent plusieurs disciplines de la santé publique (épidémiologie, économie, sociologie, etc.) et adossent leurs enseignements à des laboratoires ou unités de recherche. Nous avons identifié ainsi six lieux selon ces critères. Ces lieux sont présentés sous forme d'encadré. Une brève présentation de l'internat en santé publique, filière qui forme depuis 1984 une centaine de médecins spécialistes en santé publique par an est faite en page 21.

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

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

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

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

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

Objectifs de formation de l'ESP

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

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

L'ESP propose deux masters de santé publique « Épidémiologie et Recherche clinique » et « Evaluation des actions de santé » intégrés dans le réseau des pôles interuniversitaires multirégionaux de santé publique (PIMSP) Grand-Est (Bourgogne, Franche-Comté, Champagne, Alsace et Lorraine), et un master « Proj & Ter », associé à l'Université Nancy 2, et l'Institut national polytechnique de Lorraine. L'ESP est associée à l'école doctorale « Biologie-Santé-Environnement » de Nancy 1, et accueille annuellement 5 doctorants.

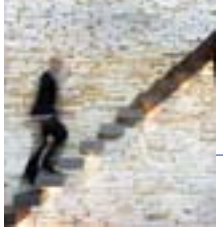
Thématiques de recherche

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

Nos travaux portent sur deux thématiques principales :

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

Encore peu répandue, l'utilisation des instruments



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

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

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

Activités d'expertise en santé publique

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

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

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

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

Denis Hémon
Directeur de l'École doctorale 420

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

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

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

La thèse

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

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

Le suivi des thèses et les « séminaires des doctorants »

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

Les séminaires doctoraux

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

Les doctoriales

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

Secrétariat de l'ED420, Inserm U754
16 avenue Paul-Vaillant-Couturier
94807 Villejuif Cedex
Téléphone : 01 45 59 52 56
Télécopie : 01 45 59 51 51
Courriel : ED420@vjf.inserm.fr
Site : http://IFR69.vjf.inserm.fr

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

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

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

Les objectifs pédagogiques de l'ISPED

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

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

Diplômes nationaux

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

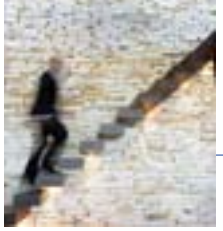
- La « licence en sciences sanitaires et sociales » est essentiellement ouverte en formation continue pour des professionnels de santé, qui obtiennent ainsi une formation en santé publique complémentaire d'une préparation du diplôme de cadre de santé.
- La « licence professionnelle en promotion de la santé et éducation pour la santé » est ouverte en formation initiale et continue ; elle forme des professionnels capables d'identifier les besoins de communautés en éducation pour la santé et promotion de la santé, et de les articuler avec des demandes institutionnelles.
- Le « master mention santé publique », entre le domaine de formation sciences de la vie et de la santé de l'université. Il propose un socle commun, 1re année (M1) généraliste, débouchant en 2e année (M2) sur une spécialité recherche et six spécialités professionnelles. Le deuxième semestre du M1 est consacré à des enseignements optionnels d'orientation vers les spécialités du M2 et à un stage.
- Le M2 de recherche, intitulé « Épidémiologie et biostatistiques » propose un tronc commun et trois options : « épidémiologie d'intervention », « épidémiologie clinique » et « biostatistiques » ; cette spécialité recherche s'appuie sur les unités de recherche de l'Institut fédératif de recherche 99 et permet aux étudiants de s'inscrire en doctorat à l'école doctorale « Sciences biologiques et médicales ».
- Les M2 professionnels offrent des formations dans les spécialités suivantes : « épidémiologie » ; « évaluation des actions et des systèmes de santé » ; « management des organisations médicales et médico-sociales », « promotion de la santé et développement social », « santé publique internationale » et « statistique appliquée aux sciences sociales et de la santé ».
- Un M2 spécialité « Ergonomie, conception des systèmes de travail et santé » est proposé, dans le cadre du master de modélisation et sciences humaines et sociales (domaine de formation sciences humaines et sociales) par le laboratoire d'ergonomie qui est rattaché à l'ISPED et qui est aussi impliqué dans un master recherche national.

Diplômes d'université

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

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

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



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

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

Ce pôle réunit sur le même site :

- Le département universitaire d'épidémiologie, économie de la santé et santé publique,
- L'Unité mixte Inserm-Université 558 : « épidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps »,
- L'Institut fédératif de recherche 126 : « santé, société »,

En association avec :

- des structures de veille et d'observation :
  - Observatoire régional de la santé Midi-Pyrénées,
  - Équipes de l'Institut national de veille sanitaire (suivi post AZF, santé-environnement, santé-travail),
  - Registres des cardiopathies ischémiques de la Haute-Garonne (Monica), des cancers du Tarn, des handicaps de l'enfant en Haute-Garonne.
- un complexe technologique d'information et de communication :
  - Tiers-Mip, plate-forme de traitement de l'information pour l'épidémiologie et la recherche clinique en santé,
  - Briques, banque régionale d'informations, qualité de vie, épidémiologie et santé,
  - Plate-forme génétique et société, Génopole Midi-Pyrénées,
  - Centre régional de documentation en santé publique.

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

L'offre d'enseignement

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

- des études médicales et paramédicales : cet enseignement concerne les deuxième et troisième cycles des études médicales (DES de santé publique et médecine sociale), ainsi que l'ensemble des écoles paramédicales de Toulouse ;
- de la formation continue : formations médicales et paramédicales continues, fonction publique territoriale, assurance maladie…
- du master « méthodes d'analyse et gestion en santé publique » ; reconnu comme mention au sein du domaine Sciences de la vie et de la santé de l'université Toulouse 3 ; ce master comporte deux voies de formation :
  - une voie recherche en épidémiologie clinique, adossée à l'école doctorale Mathématiques et applications (ouvrant ainsi l'accès à la thèse), et destinée aux futurs enseignants et chercheurs en recherche clinique et épidémiologique,
  - une voie professionnelle intitulée « gestion des services et institutions de santé » et destinée aux futurs cadres soignants et non-soignants du système de santé.

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

La recherche

Elle est menée au sein de deux dispositifs :

- L'Unité mixte Inserm-Université 558 : « épidémiologie et analyses en santé publique : risques, maladies chroniques et handicaps » (directrice : Dr Hélène Grandjean) : l'U558 étudie les déterminants, les modes de prise en charge et les conséquences des pathologies chroniques par une approche globale considérant l'individu dans ses dimensions individuelles, biologiques, physiques et psychiques, et situé dans son environnement familial et social. Elle est constituée de 5 équipes intitulées : épidémiologie et sociologie du vieillissement ; épidémiologie périnatale, handicaps de l'enfant ; épidémiologie de l'athérosclérose et des maladies cardiovasculaires : facteurs de risque et prise en charge en population ; génomique, santé, société : analyses multidisciplinaires et décision en santé ; maladies chroniques, pratiques de soins et facteurs socio-économiques.
- L'Institut fédératif de recherche 126 « santé, société » (directrice : Dr Hélène Grandjean) : l'IFR 126 rassemble des équipes de recherche développant une approche globale de la santé qui considère les femmes et les hommes dans leurs dimensions physiques, biologiques et psychiques, en interaction avec leurs milieux de vie, familial, professionnel et social. Ce type d'approche, pluridisciplinaire, associe médecins, épidémiologistes et chercheurs en sciences humaines et sociales (gestionnaires, anthropologues, psychologues, sociologues). L'IFR 126 est structurée autour de deux grands axes de recherche :
  - les nouvelles formes de gestion de la santé et de la maladie ;
  - les relations santé, environnement et travail.

Pôle d'enseignement et de recherche en santé publique
Faculté de médecine Toulouse-Purpan
37 allées Jules Guesde
31073 Toulouse Cedex
Téléphone : 05 61 14 59 51
Télécopie : 05 62 26 42 40

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

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

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

Les priorités scientifiques de l'école

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

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

La politique scientifique de l'ED 393 est de favoriser les thèses développant une approche synergique en épidémiologie et en sciences de l'information : la première conviction est en effet est que les futurs progrès de l'épidémiologie dépendront largement d'un recours innovant à l'informatique médicale, à la modélisation, et à la biostatistique. À cet égard, on peut citer celles qui concernent la modélisation de l'histoire naturelle des maladies, l'utilisation de l'analyse du protéome et du transcriptome dans la recherche de nouveaux facteurs de risque, le croisement de fichiers cliniques et environnementaux, la surveillance épidémiologique temps réel, l'utilisation de systèmes d'information géographiques, le développement de modèles prévisionnels épidémiologiques… L'autre conviction est que, réciproquemen,t le progrès des sciences de l'information en biomédecine nécessite très souvent, à côté de l'innovation technologique qui en est la condition, un interfaçage étroit avec les applications épidémiologiques : on peut citer le développement de systèmes d'aide à la décision, de techniques d'analyses automatiques de dossiers et de comptes rendus médicaux, de développement de systèmes d'information puissants visant à la maîtrise des risques iatrogènes…

Le fonctionnement de l'école

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

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

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

École doctorale ED 393
Institut biomédical des Cordeliers
15-21 rue de l'École-de-médecine
75006 Paris
Téléphone : 01 56 24 29 93
Courriel : alain-jacques.valleron@upmc.fr
Site : http://www.b3e.jussieu.fr/spsib

autres formations

Consulter aussi la rubrique Formation, dans ce numéro page 76, et sur le site internet du Haut Comité de la santé publique hcsp.ensp.fr, rubrique « rechercher », « Recherche dans une rubrique d'adsp » puis choisir « Formation ».

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

Alain Jourdain
Démographe et économiste
François-Xavier Schweyer
Sociologue
Enseignants au département Politiss de l'ENSP et chercheurs au LAPSS

L'École nationale de la santé publique aura existé un peu plus de soixante ans. Créée en 1945, elle est appelée sinon à disparaître, du moins à se transformer et à rejoindre une École des hautes études en santé publique (EHESP) dans les prochains mois. Cette évolution n'est pas un constat d'échec, elle s'insère dans une lignée de réformes et traduit une double volonté, celle d'inscrire une école de l'État providence dans les standards internationaux et celle de l'ouvrir aux nombreux acteurs de la santé publique. L'ENSP fonctionne sur le modèle des grandes écoles françaises[1]. Il s'agit d'une école post-universitaire qui jouit d'une situation de monopole pour une large part de son activité et que les étudiants intègrent après concours ou pour obtenir un diplôme complémentaire. Ses relations avec les milieux professionnels sont étroites. Parmi les acteurs de l'État social, et même au-delà, l'ENSP est connue[2], sans que l'on puisse dire pour autant qu'elle soit bien connue. En effet, pour les médecins hospitaliers, « l'école de Rennes » est celle des directeurs d'hôpital ; pour leurs confrères libéraux, il s'agit plus de l'école des médecins inspecteurs, une école d'administration donc ; d'autres interlocuteurs évoqueront les techniciens de l'environnement, les médecins scolaires, les directeurs d'établissements sociaux… ou plus généralement une « école de fonctionnaires ». Ces représentations ne renvoient pas une image claire et valorisée, mais des images partielles et donc fausses, fondées sur telle ou telle formation et sans vision d'ensemble.

Comment expliquer que l'image de cette école soit comme brouillée ? À quoi peut-on attribuer, par ailleurs, le caractère souvent critique des discours tenus sur l'ENSP ? Plusieurs explications se conjuguent. La première serait la relative jeunesse de l'institution. Les historiens de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* font remonter la filiation de l'école anglaise à l'époque des guerres napoléoniennes et la célèbre LSHTM a été créée en 1899[3]. Alors que l'ENSP, née officiellement le 19 octobre 1945, avec des débuts modestes à Paris avant un véritable essor lors de son transfert à Rennes en 1962, apparaît comme une école dans l'enfance[4]. Une autre explication tient à la place singulière de la santé publique en France, longtemps marginale et frappée d'une sorte d'indignité professionnelle parmi les médecins[5]. Le développement et la nature des relations entre la profession médicale et l'État ont favorisé une polarisation du système de santé sur le curatif et une vision négative voire délégitimée de l'action administrative en matière de santé. La diversité des élèves formés à l'ENSP peut participer aussi du brouillage de l'image institutionnelle. En accentuant le point de vue de chacun des groupes professionnels (médecins, directeurs, ingénieurs, pharmaciens), on pourrait dire que dix écoles cohabitent en une. Les interventions fréquentes d'anciens élèves devant les médias suggèrent encore une autre explication. Régulièrement placés en situation de communiquer, lors de la création ou la fermeture d'un service hospitalier ou lors d'une crise sanitaire, ils transmettent une image de l'ENSP résolument marquée du sceau de l'action et du management, masquant de fait les activités et les recherches plus proches de ce que l'usage conçoit comme étant « de santé publique ».

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

Une école de santé publique originale

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

1. Voir le site Internet www.ensp.fr.
2. Sa notoriété spontanée dans le grand public avoisinerait 3 % des réponses. Sondage IFOP réalisé en 1989 à la demande de l'ENSP auprès de 1000 personnes âgées de plus de 18 ans.
3. Ishtm. ac. uk/Library/Archives > History of LSHTM > Chronology of LSHTM.
4. Cahiers de l'ENSP, *Histoire de l'enseignement à l'École nationale de la santé publique*. Tome I : *jusqu'en 1976*, Rennes, janvier 1987.
5. Marc Loriol, *L'Impossible Politique de santé publique en France*, Ramonville saint Agne, Éditions Eres, 2002.

du génie sanitaire, les directeurs d'établissements ou de services d'accompagnement social du secteur privé (handicapés, jeunes en difficulté, etc.), ou encore pour les médecins avec un diplôme de santé publique. Cette école de service public est placée sous la tutelle des ministères chargés de la Santé et de l'Action sociale pour assurer quatre missions[6] :

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

À la veille d'une mutation radicale, il est intéressant de comprendre ce qui fait la singularité de l'ENSP, la combinaison de ces missions qui tient moins d'un projet que d'une histoire et qui appelle plusieurs commentaires. En tant qu'école de santé publique, l'ENSP a joué un rôle de précurseur de la *new public health*, car elle est vouée à l'action sanitaire et à l'action sociale, étendant de fait à la dimension sociale le champ classique de la santé publique (évaluation, planification, programmation, prévention, surveillance, promotion de la santé) et le management des institutions. Par ailleurs, et selon J. Bury, nombre d'écoles de santé publique en Europe cherchent aujourd'hui à s'affranchir de la tutelle des facultés de médecine[7]. Or l'ENSP possède la caractéristique rare d'être l'un des lieux où ces deux champs de l'action publique (le sanitaire et le social) s'interpénètrent au travers des formations, de la recherche, de la coopération internationale. Depuis quelques années, l'approche des politiques publiques s'effectue également en interministériel. Plusieurs grandes écoles administratives organisent une rencontre de leurs publics sous la forme d'un séminaire d'une semaine dont l'objectif est de favoriser la compréhension commune d'une problématique à caractère sanitaire et social et de permettre le repérage des logiques professionnelles des différents acteurs. Ainsi, par exemple, des policiers, des magistrats, des directeurs d'établissements sociaux et des médecins de santé publique sont-ils amenés à confronter leur point de vue sur des actions de prévention des toxicomanies. L'intégration de l'ENSP dans les réseaux européens de santé publique procède du même esprit. Dans le cadre des programmes européens *Leonardo da Vinci* et *Eramus Mundus*, l'ENSP pilote deux formations internationales, respectivement *Europhamili* et le master *Europubhealth*, qui promeuvent l'approche comparée des questions de santé publique.

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

Les enseignants et les élèves

Les étudiants, les élèves

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

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

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

Le corps enseignant en 2005

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

Les Éditions de l'ENSP

Elles éditent 20 à 25 nouveautés par an dans quatre domaines : santé publique, hôpital, social et médico-social, sciences humaines et sociales. Elles sont animées par sept personnes entièrement autofinancées avec un chiffre d'affaires en 2005 de 1,35 million d'euros.

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

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

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

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

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

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

La formation dispensée à l'ENSP traduit les dimensions de la santé publique décrites par D. Fassin[8] : un champ disciplinaire avec ses savoirs, ses méthodes, une réalité épidémiologique correspondant à l'état de santé d'une population dans un environnement, un mode de gestion fondé sur une administration de la santé, un domaine d'activité rassemblant de nombreuses spécialisations professionnelles et institutionnelles. Autrement dit, la formation associe le regard scientifique qui vise à rendre intelligibles les situations, à objectiver les risques avec des probabilités, et l'action publique faite de politiques et du travail des professionnels, qui ne se réduit ni aux programmes ni à leur adaptation. Mais cette formation dépasse les frontières de la profession médicale et, pour les cadres qui travaillent en dehors des établissements de santé, les expose aux « métiers flous » analysés par G. Jeannot. L'activité des professionnels en effet, par son indétermination et son ouverture, mêle de façon indissociable les éléments de la décision et de la mise en œuvre. Agir, ce n'est plus alors appliquer mais aller au contact de ce qui résiste, surmonter les décalages entre les prescriptions et les spécificités des domaines d'action, recomposer de manière toujours singulière les instruments disponibles[9]. Ce que l'action publique

8. D. Fassin, *Faire de la santé publique*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2005.
9. G. Jeannot, *Les Métiers flous, travail et action publique*, Toulouse, Octarès, 2005.

La recherche

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

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

Ses axes de recherche sont :

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

Par exemple, dans le cadre du 6e Programme européen de recherche et de développement technologique, les chercheurs du LAPSS participent à deux projets sur les politiques sociales, un projet de type médico-économique et un contrat sur l'état de la recherche en santé publique en Europe.

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

Le Laboratoire environnement et santé (LERES)

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

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

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

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

Les figures historiques de l'ENSP

Si les premières écoles de santé publique en Europe ont été créées à la fin du XIXe siècle, c'est pendant la Seconde Guerre mondiale seulement que s'élabore le projet d'une école nationale de santé publique, qui sera concrétisé en 1945 au sein de l'Institut national d'hygiène. La nouvelle ENSP en constituait un département dont l'objet était de compléter la formation scientifique et d'assurer le perfectionnement des médecins de santé, des pharmaciens inspecteurs et des techniciens sanitaires. Dans les premières années, il s'est agi d'une école de santé publique au sens d'Acheson : « *Public health is the science and the art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts of society*. »[10] Elle avait élargi ses formations aux infirmiers cadres de santé publique et aux ingénieurs de l'environnement, et assurait des stages obligatoires pour les fonctionnaires nouvellement recrutés et les médecins de la Sécurité sociale. À partir de 1949, des boursiers étrangers furent admis, mais ceux qui désiraient obtenir un titre préférèrent s'inscrire dans les écoles américaines, anglaises ou canadiennes, car seul un certificat d'assiduité leur était délivré par l'ENSP. C'est d'ailleurs pour pouvoir conférer un diplôme équivalant aux diplômes étrangers que fut créé en 1958 le diplôme d'État de santé publique destiné aux médecins ayant suivi avec succès les enseignements de l'ENSP[11].

La réforme des études médicales introduite par les ordonnances de 1958, mais aussi la définition progressive d'une politique sanitaire et sociale répondant aux exigences d'une société en pleine modernisation expliquent la réorganisation de l'ENSP par la loi du 28 juillet 1960 qui lui donna un statut nouveau d'établissement public national. Son transfert à Rennes fut décidé par le décret du 13 avril 1962, dans le cadre d'une politique d'aménagement du territoire volontariste. Le professeur Robert Debré, premier président du conseil d'administration et du conseil des études, imprima de sa marque le nouvel essor de l'école. C'est sur un modèle international que l'école s'est d'abord construite : ses premiers directeurs avaient fait leurs armes dans les pays en développement et à l'OMS, ses enseignants, dont certains étaient issus des grandes écoles de santé publique (Johns Hopkins), ont contribué à la création des réseaux européens et, à la demande de l'OMS, de l'ASPHER[12]. Lors du discours inaugural qu'il prononça en 1966, R. Debré déclarait, en évoquant le rayonnement international de l'école, « *demain, elle pourra décerner un diplôme supérieur en santé publique, analogue au doctorat en santé publique délivré dans d'autres pays* ». Il cita également la diversité des moyens d'intervention et des méthodes pédagogiques qui devaient concourir au rayonnement de l'institution, ainsi que la création d'unités de recherche.

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

Les activités internationales

Stages internationaux

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

Échanges européens et charte Erasmus

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

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

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

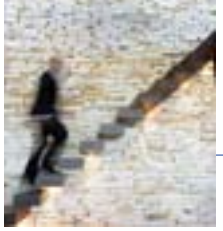
Europubhealth s'adresse aux professionnels et aux étudiants titulaires d'une licence ou niveau équivalent (bac + 3), de toutes disciplines, qui effectueront un cursus européen avec un choix entre neuf parcours de formation dans au moins trois des universités ou écoles partenaires. De ce fait, les étudiants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

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

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

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

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



handicapés ont eu pour effets de renforcer au sein de l'école l'enseignement du management des institutions sanitaires (directeurs d'hôpital et infirmiers généraux), des institutions médico-sociales (directeurs d'établissements sociaux) et aux cadres des services d'action sanitaire et sociale de l'État (IASS). À sa manière, l'ENSP a suivi en cela les développements des disciplines de santé publique décrits par les organismes internationaux[13]. J. Bury décrit cette évolution au plan international en notant le dernier élément constitutif de la santé publique, « *le domaine immense du secteur curatif fondé sur l'approche biomédicale : ses institutions, son organisation (y compris au niveau politique) et les dépenses qu'il génère. C'est le secteur le plus cité, qui tend à masquer les deux précédents, bien que son impact ne soit pas forcément le plus fort* ». Pour répondre à l'entrée de corps nouvellement créés en formation[14], à l'accroissement considérable des effectifs d'élèves et à l'évolution des programmes de formation avec l'intégration de nouveautés provenant des lois récentes, l'ENSP entreprend une mutation qui se traduit par le regroupement des petites sections d'enseignement thématiques (statistiques, nutrition, environnement, santé et protection de la famille, etc.) vers des départements d'enseignement orientés chacun vers une catégorie précise de métiers : sciences et techniques de la santé (médecins, pharmaciens et ingénieurs sanitaires) ; sciences et techniques sociales (inspecteurs des Affaires sanitaires et sociales, inspecteurs des directions régionales de la Sécurité sociale et directeurs d'établissements sociaux) ; administration hospitalière (élèves assistants directeurs d'hôpital, infirmiers généraux). Quand ce mouvement arrive à son terme en 1983, cette école est très hétérogène, non intégrée. Un rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales (Igas) pointe la juxtaposition d'écoles, voire de sous-écoles, sans communication entre elles, avec une clientèle trop diversifiée et de niveau trop inégal, une pédagogie inadaptée et un morcellement des formations. À quoi s'ajoute un recours fréquent à des vacataires extérieurs, un statut des enseignants inadapté, un rayonnement international trop faible et une recherche peu développée.

À la suite de cette crise de croissance, une réforme, entreprise en 1985, a jeté les bases d'une institution nouvelle en lui conférant une autonomie plus grande par rapport au ministère sur le plan pédagogique (avec une tutelle *a posteriori*), une nouvelle organisation interne et la définition des champs couverts par la formation à partir d'une analyse stratégique conduite sur le modèle classique (opportunités/menaces, points forts/points faibles). Autrement dit, l'ENSP a commencé à se situer dans un champ où les acteurs ont leur propre dynamique. Un questionnement sur le monopole dont jouit l'ENSP s'est d'ailleurs fait jour. Au début des années quatre-vingt-dix, l'ENSP se définit comme une « *institution carrefour à la jonction de la santé publique et du management* », une école professionnelle avec ses réseaux de correspondants sur le terrain et la multidisciplinarité qui résulte de la formation sur un même lieu de professions différentes. Ce positionnement est alors vu comme un atout par rapport à l'université. La recherche est revalorisée comme mission de l'institution, avec, en complément du Laboratoire environnement et santé, l'accueil du groupe Image, la création du Laboratoire d'analyse des politiques sociales et de santé en 1994[15]. Les thèmes de recherche sur lesquels l'ENSP devrait investir sont définis comme étant la santé environnement ; la gestion des établissements hospitaliers ; l'épidémiologie ; la régulation et l'évaluation du système de santé ; l'évaluation des politiques sociales. Une direction des affaires internationales est créée, privilégiant l'offre d'ingénierie de formation, d'expertise pour des gouvernements étrangers, d'assistance à la mise en place de centres de documentation en santé publique, la conception et la mise en place de cours internationaux dans les domaines du *Health Care Management*, de la santé et environnement, de la gestion des établissements du secteur social. Une réforme institutionnelle est conduite pour répondre aux défis auxquels l'école est confrontée, avec une ouverture du conseil d'administration, la création d'un conseil scientifique ; l'allégement de la tutelle administrative et la perspective d'un changement de statut pour devenir un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPSCT).

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

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

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

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

Formations en santé publique : une situation à l'étranger

Le paysage de l'organisation sanitaire s'est modifié depuis une quinzaine d'années. Les questions de santé publique sont au premier rang des préoccupations de la population. L'importance prise par ces grandes questions[1] a grandement contribué à mettre en lumière les besoins qui ne sont pas couverts dans le domaine de la santé publique en matières d'expertise, de recherche et, *in fine*, de formation.

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

Les besoins de professionnels correctement formés aux différents métiers de la santé publique, en particulier ceux qui permettent d'asseoir les décisions publiques sur des argumentations quantitatives et qualitatives adéquates et aussi peu discutables que possible, sont en croissance très rapide dans notre pays comme partout ailleurs[2]. Actuellement, les professionnels en santé publique sont en effet de plus en plus amenés à participer à la définition des besoins de santé, à la traduction démocratique des besoins exprimés en actions de santé et à leur mise en œuvre par la gestion de programmes. Ils développent la participation des acteurs, dont les représentants d'associations d'usagers[3] et des citoyens, tant lors des définitions des priorités que lors de la mise en œuvre du suivi et de l'évaluation des politiques de santé nationales, régionales et territoriales dans un continuum recherche-prévention-soins-réhabilitation. Ces évolutions obligent les décideurs et professionnels de santé publique des services de l'État, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales et de l'Union européenne à avoir une formation de santé publique de haut niveau pour gérer aux niveaux national, régional, territorial et des régions européennes des problèmes de santé de plus en plus complexes et pour lesquels la prise de décision ainsi que la communication sont difficiles, dans un contexte évolutif et dynamique. Ils doivent pouvoir assurer les liens entre recherche, élaboration, mise en œuvre et évaluation de programmes.

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

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

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

L'adaptation du système de santé publique aux besoins de la population, adaptation qui doit prendre en compte les nombreuses spécificités (culturelles, sociales et environnementales) mais aussi l'évolution des connaissances dans les champs de la santé publique, repose sur la formation. Cette dernière est en effet un levier qui favorise le changement et les partenariats entre les différents acteurs du système, que ce soient les bénéficiaires ou ceux qui mettent en œuvre[4].

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

Méthodologie

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

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

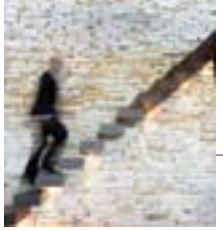
tableau 1

Structure du questionnaire

Quels acteurs ?
Nombre approximatif
Dans quelles institutions
Quelles actions/fonctions
Place des médecins et des non-médecins
Formations
Quelles institutions
Durée
Contenu pratique/théorique
Contenu épidémiologie/sciences sociales
Intérêt du politique
Causes
Conséquences
Perspectives d'avenir
Forces
Faiblesses

Christophe Segouin
Médecin de santé publique, service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP), Faculté de médecine, université Denis-Diderot, Paris 7
Pierre-Henri Bréchat
Médecin de santé publique, service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière Fernand-Widal (AP-HP), chercheur associé au Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires de l'École nationale de la santé publique (LAPSS/ENSP)
Dominique Bertrand
Faculté de médecine, université Denis-Diderot, Paris 7

Liste des collaborateurs en page 37



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

Elle a été adressée à des correspondants de 11 pays différents (non compris la France). Le choix des pays n'a pas été fait en vue d'obtenir une information mondiale exhaustive ou représentative. Les pays qui ont été sollicités font partie du réseau des auteurs, en particulier les pays de langue latine dans le cadre de leur appartenance à l'Association latine pour l'analyse des systèmes de santé (ALASS). En revanche, les auteurs se sont attachés à obtenir au moins une réponse par grand continent. Les correspondants[5] des 8 pays suivants ont répondu : Belgique, Brésil, Canada, Chine, États-Unis d'Amérique, Italie, grand-duché de Luxembourg et Roumanie (la Suisse, la Colombie et l'Espagne n'ont pas répondu dans les délais impartis). Ils ont tous eu connaissance du résultat final qui leur a été soumis pour correction et approbation.

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

5. Liste des collaborateurs en page 37.

tableau 2

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

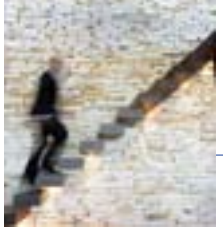
	Nombre de professionnels	Institutions ou s'exercent les fonctions
Belgique	Environ 1 000	État, assurance maladie, mutuelles (assureurs au premier euro), Institut de santé publique L. Pasteur, Observatoire de la santé, université (recherche)
Brésil	Environ 20 000	État, assurance maladie, collectivités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

Quels acteurs ?

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

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

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



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

Les formations

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

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

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

Intérêt du politique

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

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

Perspectives d'avenir

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

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

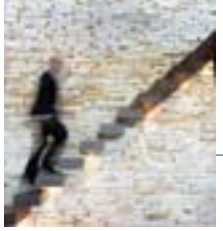
Des faiblesses persistent : en particulier la modicité des moyens financiers mis à disposition et, partant, le peu d'enseignants et de professionnels formés.

Vers des enseignements ?

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

Collaborateurs (par ordre alphabétique)

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



La réforme : mettre en réseau les compétences

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

Les besoins de formation en santé publique et leurs évolutions

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

Le champ de la santé publique sera désigné, dans cet article, comme étant l'ensemble des activités qui concourent à la description et la surveillance de la santé au niveau de la population, la connaissance des déterminants qui peuvent la modifier (qu'ils soient d'ordres biologique, social, environnemental, comportemental ou liés au fonctionnement du système de santé), la mise en place des interventions en santé au niveau collectif, l'évaluation de ces actions du point de vue épidémiologique, économique, sociologique, enfin les activités de gestion et de planification nécessaires, selon les résultats de ces évaluations, pour préserver ou améliorer l'état de santé de la population.

Un système de formation qui a évolué lentement

Le système de formation en santé publique français a progressivement été mis en place, depuis une soixantaine d'années, en même temps que se développait, lentement, un système cohérent de prise en compte des problèmes de santé à l'échelle de la population. On se trouve maintenant à une époque où l'augmentation des connaissances et la sophistication des méthodes d'investigation, d'une part, le développement rapide d'un ensemble cohérent de structures de santé publique, concernant en particulier la sécurité sanitaire et la gestion du système de santé au sens large, d'autre part, imposent de reconsidérer les dispositifs qui permettent de former des spécialistes en santé publique du niveau requis dans un pays de niveau de développement tel que la France. Le système universitaire s'est peu ou mal préparé aux mutations de la santé publique et à l'intérêt croissant qu'allaient 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 charge[1]. 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 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.

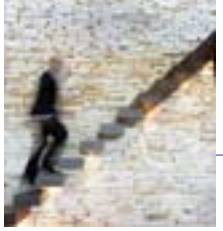
– Les interactions entre les composantes sociales, économiques et médicales de la santé et du fonctionnement du système de santé.

– 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

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.



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.

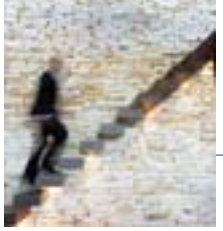
La troisième conséquence est d'appuyer ces institutions au plus près des besoins de santé de la population. Ainsi, à l'échelon régional, des partenariats concernant les besoins de formation et de recherche devraient être institués avec le plus grand nombre possible d'acteurs du système de santé. Des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



Construire l'École des hautes études en santé publique

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

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

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

« Elle a pour mission :

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

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

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

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

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

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

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

En même temps qu'un véritable intérêt, voire un certain désir, l'annonce de la création de l'EHESP a suscité de l'inquiétude chez tous ceux qui sont potentiellement concernés par cette réforme. Cela est assez normal dès lors qu'elle ne se fait pas sur « pré vert ». Loin d'être inexistant, le dispositif français d'enseignement et de recherche en santé publique est en effet plutôt pléthorique si l'on s'en tient à l'existence de plus de 150 diplômes de masters dans ce champ[2], et à la diversité des acteurs de la formation (départements de santé publique dans les facultés de médecine, ENSP, Cnam, écoles d'ingénieurs et de commerce) et de la recherche qu'ils s'agissent de l'université ou des grands organismes que sont l'Inserm, le CNRS, ou l'IRD.

Les réactions enregistrées à l'annonce de la réforme montre que chacun pouvait (peut ?) continuer à vivre dans son coin sans ressentir de façon trop incommodante les conséquences de l'atomisation constatée, déplorée, par le législateur et qui est, sans doute une des contreparties de l'autonomie. Chaque université et, en son sein, chaque faculté de médecine ou presque a son département de santé publique qui, lui-même, propose un master et souhaite inscrire ses enseignements et ses recherches au sein de l'école doctorale. En même temps et de façon assez récente la place occupée dans la hiérarchie des préoccupations collectives par les questions sanitaires (et sociales) a trouvé son écho dans l'enseignement supérieur avec une floraison de diplômes de troisième cycle (notamment des DESS) dans des disciplines diverses : le droit, l'économie, la sociologie, la géographie. Bien avant cela, la partition historique entre l'université et les écoles d'application des fonctions publiques avait conduit à la création de l'ENSP[3].

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

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

3. En France, il faut attendre une ordonnance du 19 octobre 1945 portant réorganisation du ministère de la santé publique (art. 13) pour qu'une École nationale de la santé publique soit instituée comme département de l'Institut national d'hygiène. Un arrêté du 9 mai 1949 lui permettra d'accueillir des boursiers étrangers mais, faute de pouvoir y obtenir un diplôme de santé publique (ils se voient délivrer une simple attestation d'assiduité), ceux-ci préfèrent s'inscrire dans les écoles étrangères et, pour les francophones, au Canada.
Pour pallier ce handicap, un arrêté interministériel du 26 février 1958 crée un diplôme conjoint du ministère de la Santé et du ministère de l'Éducation nationale dénommé « diplôme d'État en santé publique » et destiné à des médecins ayant suivi l'enseignement de l'École et satisfait aux épreuves de contrôle des connaissances.
La loi du 21 juillet 1960 érige cette école sans personnalité morale en établissement public administratif et le décret du 13 avril 1962 l'organise et prévoit sa localisation à Rennes.
Cette réforme est notamment motivée par la volonté d'offrir un enseignement de santé publique en langue française à une époque où cette « discipline » est fort peu présente dans les facultés de médecine. Elle devait, selon ses créateurs, être le lieu de formation de tous les personnels de santé publique (y compris les personnels de la Sécurité sociale) et devait, pour ce faire, être dotée d'un corps enseignant en statistiques et épidémiologie, administration hospitalière, affaires sociales, architecture, urbanisme, génie sanitaire, éducation sanitaire, nutrition. Le premier directeur de la nouvelle

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

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

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

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

La question de la place de l'ENSP dans la réforme semble être sans objet puisque la loi du 9 août 2004 prévoit son intégration pure et simple dans le futur établissement[4]. Le projet de décret constitutif pris en application de la loi va évidemment dans ce sens et fixe un terme à l'existence de l'établissement public administratif qu'est l'ENSP dès lors que l'EHESP sera effectivement créée[5].

Or, comme en atteste l'exposé des motifs de la loi précitée, la réforme n'a pas pour but de transformer l'ENSP en EHESP en changeant le nom, le statut et en étendant les missions de l'actuel établissement. Elle poursuit, en même temps que le maintien et le développement des formations destinées aux élèves fonctionnaires formés à Rennes, l'objectif de construction d'un réseau « *national favorisant la mise en commun des ressources et des activités des différents organismes publics et privés compétents* »[6]. C'est dire que l'EHESP sera composée, à terme, de plus d'éléments que la seule ENSP. Le projet de décret constitutif ne dit pas autre chose lorsqu'il prévoit, en empruntant au droit commun des établissements d'enseignement supérieur et en ses articles 15, 16 et 17, les différentes catégories de « *composantes* » qui pourront être créées au sein de la nouvelle école[7].

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

Les différences entre ces trois catégories tiennent :

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

Les départements et les services communs, quellles que soient leurs fonctions, sont créés par le conseil d'administration de l'EHESP[8]. Les instituts sont créés par arrêté conjoint des ministres exerçant la tutelle sur l'école[9].

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

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

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

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

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

école, le Pr J Senecal PU-PH de pédiatrie, souhaitait même que les assistants des facultés de médecine enseignant la santé publique passent par l'ENSP.
De plus, la nouvelle institution devait être dotée de deux équipes Inserm, l'une en sciences sociales, l'autre en santé publique. Elles furent finalement créées ailleurs.
Ces difficultés n'ont pas empêché l'école de rechercher des collaborations avec le monde de l'enseignement supérieur.
Le 13 février 1973, le diplôme d'ingénieur du génie sanitaire entre dans la liste des titres d'ingénieur comme diplôme de spécialisation. La même année, le conseil de l'université de Rennes 1 se déclare favorable à ce que des doctorats (de troisième cycle probablement) soient préparés au sein de l'ENSP. Le ministre des Affaires sociales s'y est opposé.

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

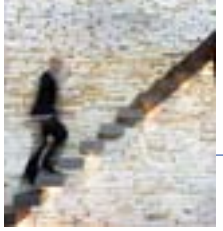
5. L'article 30 du projet est ainsi rédigé : « *À la date d'installation des conseils de l'EHESP dans leur formation plénière, le décret n° 93-703 du 27 mars 1993 est abrogé* ».

6. Art. 84 et 85 de la loi précitée.

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

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

9. Art. 16 du projet de décret précité.



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

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

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

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

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

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

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

Ils se résument en une question : « Faut-il, pour cela, créer une EHESP ? ». L'insertion de l'ENSP dans une autre structure est en effet, dans ce cas, une source de difficultés sans aucun avantage en rapport. L'école actuelle fonctionne à la satisfaction des élèves, des employeurs et des financeurs. S'il s'agit de la conserver à l'identique au sein de l'EHESP, il vaut mieux l'en extraire d'emblée et modifier, sur ce point, la loi de santé publique. Ce retour en arrière n'empêchera nullement de poursuivre l'objectif de construction d'un réseau d'enseignements académiques en santé publique (le seul *stricto sensu* envisagé par la loi) par la mise en commun de l'offre de formation universitaire. Peut-être même qu'il en facilitera la réalisation puisque, dans cette hypothèse, la construction de l'EHESP deviendrait l'affaire du seul ministère de l'Éducation nationale au lieu d'être, comme aujourd'hui, un dossier interministériel.

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

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

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

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

Il est très facile de vérifier la pertinence de ces propositions en examinant l'organisation des grandes écoles de santé publique à travers le monde et les missions qu'elles assument, qu'il s'agisse, par exemple, de Harvard[11], ou de la London School of Public Health

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

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

and Tropical Medicine[12]. On peut aussi, pour ce faire, se référer aux grandes fonctions de la santé publique admise au niveau international[13].

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

Ce « cœur de métier » correspond à la première mission assignée par la loi du 9 août 2004 à l'EHESP. Dans notre système français d'enseignement supérieur, il s'exerce à l'extérieur des institutions universitaires et ne donne pas systématiquement lieu à l'obtention d'un diplôme dans le contexte du LMD. La pression de certains milieux professionnels, le niveau réel d'entrée de l'immense majorité des élèves fonctionnaires, la densité et la diversité de l'offre de diplômes en santé publique sur l'ensemble du territoire national poussent d'ailleurs, pour le moment, à pérenniser cette situation et à dissocier formation professionnelle et formation académique. Les premières pourraient — ce qui, sauf exception, n'est pas le cas aujourd'hui — déboucher sur des diplômes professionnels authentifiés par un arrêté conjoint des ministres exerçant la tutelle sur l'école. Les secondes ont *a priori* vocation à se développer dans d'autres composantes de l'EHESP et à être ouvertes aux élèves fonctionnaires qui souhaiteraient s'y inscrire[14]. Rien cependant ne s'oppose à ce que la composante chargée, dans le contexte qui vient d'être sommairement rappelé, des formations professionnelles soit également porteuse d'une offre de formation académique diplômante dans un champ proche des préoccupations des élèves qu'elle scolarise. On peut ainsi imaginer qu'elle soit l'organisatrice d'un diplôme de master pour lequel l'EHESP serait habilité dans le champ des sciences humaines et sociales mention santé publique, et intitulé « politique et gestion en santé publique », s'inspirant de ce qui se pratique dans les écoles anglo-saxonnes de santé publique sous la bannière « *Health Policy and Management* »[15].

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

Ces hypothèses invitent donc à penser deux possibilités :

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

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

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

Les fonctions de la santé publique

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

- surveillance épidémiologique
- analyse de l'état de santé
- promotion de la santé
- développement des ressources humaines
- participation sociale et intersectorielle à l'amélioration de la santé
- politiques et action sociale
- planification en santé publique
- réglementation et contrôle
- garantie d'accès aux soins
- évaluation
- développement et recherche
- environnement
- désastres, accidents, catastrophes.
- santé et travail

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

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

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

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

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

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

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

Aujourd'hui l'ENSP est dotée d'une direction des affaires internationales, d'un service de la formation continue et d'un centre de documentation et de ressources pédagogiques qui, dans un EPSCP, pourraient être érigés en services communs. Quel que soit le périmètre de ses missions, la composante qui prendra la suite de l'ENSP continuera à avoir besoin des services fournis par ces entités. Il est donc concevable de les y maintenir et de considérer que l'EHESP doit, par elle-même, se donner les moyens de constituer progressivement des services communs. Il y a là un risque non négligeable de pénaliser durablement le développement de la future institution[16].

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

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

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

Un réseau délivrant des enseignements en santé publique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Elle permet de couvrir d'emblée une large partie des fonctions ordinairement dévolues aux écoles de santé publique. Ainsi, la future école n'est pas « réduite » à la formation des « administrateurs de santé ». Elle offre des formations dans trois champs qui figurent au programme de toutes les grandes institutions comparables dans le monde. Par contre, elle ne propose rien en épidémiologie. Il convient bien entendu d'examiner au plus vite la possibilité de remédier à un état de fait qui prive la nouvelle école d'une offre dans un domaine fondamental en matière d'enseignement et de recherche en santé publique[18].

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

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

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

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

Diversifier l'offre au niveau master c'est, on l'a dit plus haut, inclure au plus vite une offre en épidémiologie et en biostatistiques. C'est aussi couvrir les champs de la santé au travail, de la médecine internationale et/ou du développement et, progressivement, tous ceux qui doivent figurer dans l'offre pédagogique d'une école des hautes études dévolue à la santé publique[19].

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

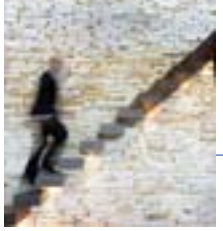
Créer et faire fonctionner une école doctorale en santé publique est évidemment indispensable dans le cadre du grand établissement voulu par le législateur. Il est sans doute possible d'imaginer pour ce faire un mode de fonctionnement inspiré de celui de l'École des hautes études en sciences sociales avec des « directeurs d'études » qui seront des universitaires venus organiser des séminaires doctoraux et diriger des thèses dans leur spécialité. Le plus difficile ici n'est sans doute pas l'organisation concrète (qui refusera d'être élu comme directeur d'études au sein de la future école ?) mais le statut du doctorat en santé publique. Essentiellement, pour ne pas dire exclusivement, poursuivi aujourd'hui par des médecins, il devrait, pour être en phase avec la logique de construction de l'EHESP, s'ouvrir significativement à des non-médecins. Dès lors, comme cela s'est produit pour les sciences politiques ou les sciences de l'information et de la communication, il sera nécessaire, un jour, de s'interroger sur la possibilité de créer, sinon une discipline, au moins une section de CNU non spécifiquement médicale consacrée à la santé publique[20].

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

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

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

20. Pour l'heure, la section 46 du Conseil national des universités, (CNU) intitulée « Santé publique, environnement et société » comporte quatre sections :
– épidémiologie, économie de la santé et prévention ;
– médecine et santé au travail ;
— médecine légale et droit de la santé ;
– biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication.



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

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

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

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

Ce constat avait déjà amené l'Aspher à développer une démarche qualité propre aux formations supérieures en santé publique dite « PEER Review »[2], ou évaluation par des pairs. Il s'agit de fournir aux responsables du programme, sur la base d'un rapport d'auto-évaluation rédigé par l'établissement, suivi d'une mission sur site d'experts, un avis et éventuellement des recommandations structurés autour de neuf critères préalablement établis. Les neuf critères du PEER Review sont : développement et mission de l'établissement, environnement externe, environnement interne (en termes d'organisation), enseignants, étudiants, programme de formation, moyens et ressources, recherche et management de la qualité.

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

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

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

L'harmonisation européenne des diplômes

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

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

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

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

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

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

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

Thierry Louvet
Directeur exécutif,
Aspher

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

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

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

Jean-Louis Salomez
Professeur de santé publique, CHU de Lille, président du Collège universitaire des enseignants de santé publique
Catherine Quantin
Professeur de santé publique, CHU de Dijon, présidente du Collège des enseignants d'informatique médicale et biomathématiques, méthodes en épidémiologie statistique

Au sens strictement disciplinaire[1] la santé publique est enseignée en France par un corps de plus de 300 hospitalo-universitaires titulaires, professeurs et maîtres de conférence, regroupés en quatre sous-sections du Conseil national des universités (CNU)[2] : épidémiologie, économie de la santé et prévention ; médecine et santé au travail ; médecine légale et droit de la santé ; bio-statistiques, informatique médicale et technologies de la communication. Quatre caractéristiques de cette discipline font actuellement débat à l'occasion des discussions sur les réformes de l'enseignement de la santé publique en France : le modèle de santé dans lequel elle s'inscrit, sa place dans le champ de la santé publique, son ancrage dans les pratiques et sa lisibilité nationale et internationale.

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

Aucun enseignant ne revendique un monopole sur l'intégralité du champ de la santé publique. Cette ouverture existe déjà au sein de nombre de nos facultés par l'intégration dans nos équipes d'enseignants venus des disciplines universitaires non médicales comme les sciences humaines et sociales, l'économie, les mathématiques ou l'informatique. Les obstacles à une généralisation de telles pratiques viennent plus souvent des choix faits par les universités que d'une décision des enseignants de santé publique. Plus significative encore est la multiplication des partenariats avec les masters permettant, dans le cadre d'enseignements de sites ou de cohabilitations, d'associer des équipes issues de disciplines différentes comme l'éducation pour la santé, le management des actions de santé, l'environnement, l'analyse des systèmes de santé, la gestion des institutions, la promotion de la santé, la santé dans les pays en développement, l'éthique ou l'économie. Ces formations couvrent l'intégralité des champs identifiés comme essentiels par les organismes d'accréditation pour les écoles de santé publique nord-américaines.

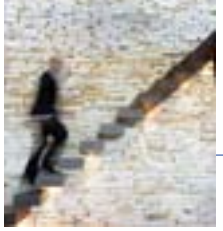
La règle pour les formations universitaires est désormais de s'appuyer sur les savoir-faire professionnels et de s'adosser à la recherche. Le statut des enseignants universitaires de santé publique dans les facultés de médecine repose sur une triple mission, l'enseignement, la pratique et la recherche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

L'enseignement universitaire de la santé publique en France se répartit dans plus de 25 sites de formation[3]. Ce maillage territorial, favorisé par l'autonomie des universités et l'absence de plan national de formation en santé publique, nuit à l'évidence à la lisibilité nationale et surtout internationale de la discipline. Cet éparpillement, taxé de balkanisation par certains, de richesse par d'autres, impose des regroupements fonctionnels. Des expériences ont été menées ou sont en cours : création d'un UFR de santé publique à Bordeaux, d'un

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

2. Nous développons ici essentiellement le point de vue de la première et de la quatrième sous-section du CNU (46°1 et 46°4), épidémiologie, économie de la santé et prévention ; biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication.

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



réseau dans les cinq villes de l'inter-région Est autour de l'École de Nancy, à Paris-Sud avec un groupement d'intérêt scientifique, ou à Paris VI autour d'une école doctorale. Depuis l'été 2005, les universitaires de santé publique mettent en place, sur des bases géographiques, des pôles interuniversitaires multirégionaux de santé publique (PIMPS). Ces PIMPS, au nombre de cinq[4] actuellement, ont pour objet d'harmoniser l'offre pédagogique et de développer les partenariats d'enseignement et de recherche sur des bases interrégionales, tout en restant compatibles avec le développement de réseaux thématiques nationaux.

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

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

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

La lisibilité d'une école française de santé publique passe par l'élaboration d'un label commun, par une structuration nationale et la mise en place d'un espace d'échanges et de formations de très haut niveau. La création de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) semble fournir l'opportunité de cette labellisation et de cette structuration. Pour que ce nouvel établissement ne soit pas une entité de plus dans le paysage de l'enseignement supérieur, il est nécessaire qu'il se donne pleinement les moyens d'assumer les missions que lui a conférées la loi d'août 2004, et notamment le développement et l'animation d'un réseau national de formation et de recherche[5], en s'appuyant sur les réseaux existants cités ci-dessus. En effet, la structuration nationale ne pourra se faire sans une intégration très significative des enseignants de santé publique dans les processus pédagogiques, scientifiques et décisionnels. Ceux-ci sont prêts à s'investir dans ce projet, y compris en partageant leur temps entre leurs établissements d'origine et l'EHESP, pour peu que des moyens spécifiques et adaptés soient développés et que cet investissement se réalise de façon coordonnée, par exemple sous forme de convention avec les réseaux existants tels que les PIMSP.

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

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

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

tribunes

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 avions 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.

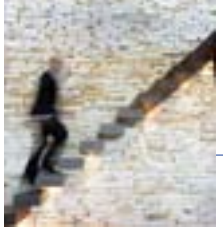
Le troisième constat était que l'énoncé d'une politique de santé faisait défaut, à cette époque, et que simultanément il n'existait aucune réflexion prospective sur les besoins de professionnels dans ce domaine.

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 multiprofessionnels, 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 avions modestement formulé quatre propositions qui nous paraissaient pouvoir être mises en œuvre, sans nécessiter d'importantes réformes.

La première était d'introduire, dans le 1er et le 2e 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 avions 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 insistions 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 1er et 2e 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…

tribunes

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 avions 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 *sociétale,* 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.

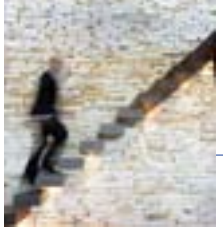
Sur le plan épidémiologique

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 bouleversé[1].

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 durables[3], 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 gravité[4]. 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 polypathologie, 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 tunellaires 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 scientiste, car elle n'est en aucune façon une science, et encore moins « La science ». Ce qui fait que « la médecine est médecine » est une action concrète dont la finalité est la personne dans sa complexité singulière. Et on peut en dire autant de la santé publique : action concrète pour des groupes de personnes définies, dans la complexité de leurs problèmes de santé.

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

Sur le plan de l'éthique

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

Que faire ?

J'ai insisté sur les aspects de crispation culturelle, idéologique et éthique de la crise qui frappe notre système de santé, et qui menace de rejet 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 décloisonnement 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'OMS[5]. 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 métier[8] 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'œuvre[9].

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.

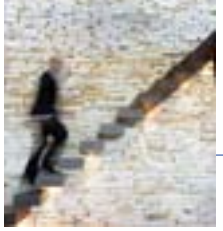
5. Dispensateur de soins de qualité (préventifs, curatifs, et de réhabilitation), décideur et orienteur averti, communicateur, conscient des besoins de la population, développant des pratiques de coopération avec les autres professions.

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.



tribunes

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 2 000 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'Isped 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'Isped (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 :
   - Vieillissement 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'Isped 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'Isped ; enfin, l'Isped est responsable de la mise en place d'un registre général des cancers en Gironde.

Ainsi l'Isped 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 internationale[1]. Sur le plan de la structuration, on peut ainsi conclure à un succès et je peux 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'Isped 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.

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

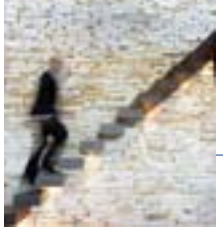
L'action en direction des pays en développement

Dès la création de l'Isped, 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.



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

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

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

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

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

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

tribunes

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.

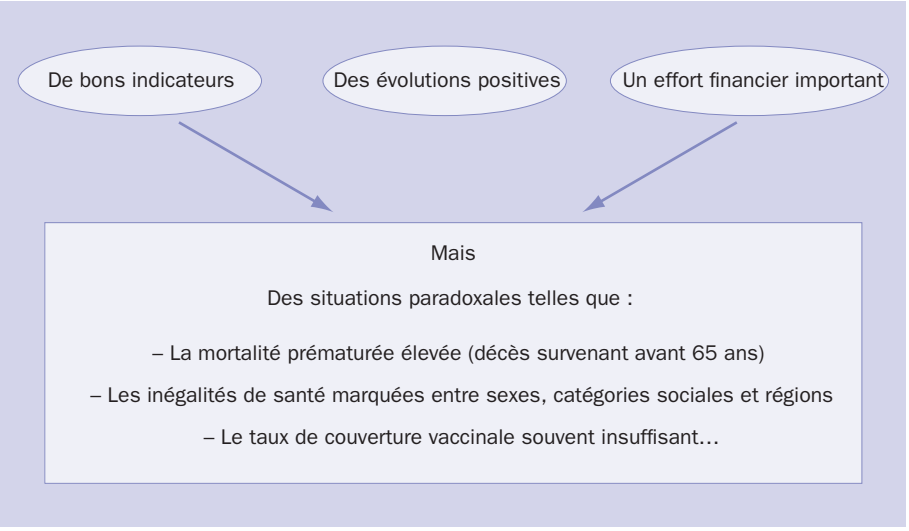
La recherche est indispensable au progrès médical, à l'amélioration de la prévention et des soins, ainsi que de notre système de santé. Même si notre système a été considéré par l'OMS comme un des meilleurs du monde, il présente quelques anomalies identifiées comme le paradoxe français selon le Haut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

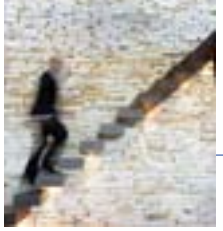
La deuxième est l'amélioration des décisions. Elle passe par la rationalisation de ces décisions, ce qui se définit comme « la santé publique basée sur les faits », en anglais : « *evidence based public health* », de même qu'il existe en médecine clinique un mouvement fort vers « la médecine basée sur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

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.

tribunes

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…

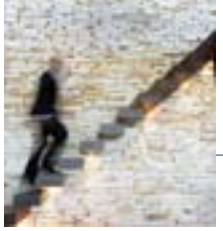
Rédaction d'un livre blanc pour une refonte de la formation

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 les 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.

tribunes

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

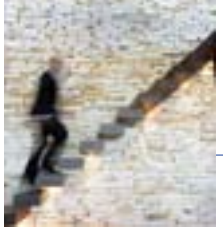
Ce titre imposé présuppose qu'il serait aisé de définir une « formation de santé publique » et tout aussi facile de reconnaître une « réforme du système de santé ». Il imagine en outre qu'il existerait une méthode permettant de distinguer, parmi les multiples facteurs qui conduisent à une réforme, le 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 remarquions, 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 » épistémologiques[1]. 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 clinicienne est à classer dans cette tradition même si d'autres catégories la structurent, qu'elles soient techniques[2] 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 XIXe 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 XIXe 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 réforme[3]. 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 médecins[4]. 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 Morelle[5]. 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 PMSI[6], 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.

Le dossier médical commun partagé

Outil d'aide à la décision spécifique ou généraliste ?

Agnès Ponge
Médecin inspecteur de santé publique, direction départementale des Affaires sanitaires et sociales de Nantes
Pierre Lombrail
Professeur de santé publique, centre hospitalier régional de Nantes
Hervé Lacroix
Médecin coordinateur, réseau cancérologie des Pays de la Loire

Comment élaborer et faire évoluer un dossier médical commun partagé par les professionnels intervenant dans la prise en charge d'un patient atteint de cancer ? Examen de l'existant et propositions.

Le cadre juridique favorisant le développement des réseaux de soins date de 1996. Une circulaire de 1998 fixe les principes d'organisation des soins en cancérologie autour de trois axes :

- Promouvoir la nécessaire pluridisciplinarité.
- Garantir à tous une égalité d'accès aux soins de qualité.
- Assurer la coordination des soins par la constitution des réseaux de soins.

Des réseaux de santé régionaux de cancérologie s'organisent en France depuis quelques années ; ils reposent sur une communication entre les différents acteurs, qui est un préalable à la mise en place d'un système d'information. En effet, on distingue deux phases dans la prise en charge des malades cancéreux. La phase de définition des stratégies diagnostiques et thérapeutiques, qui relève d'une concertation pluridisciplinaire, et celle de mise en œuvre thérapeutique, qui fait appel selon les cas à des structures ou des praticiens de différents niveaux de spécialisation et à des médecins généralistes. Le suivi impose la concertation régulière tout au long de l'évolution de la maladie. Il permet d'adapter au mieux la prise en charge, notamment à partir d'un dossier médical commun.

Le dossier médical commun partagé (DMCP) est donc bien au cœur de la problématique de l'organisation des réseaux de soins en cancérologie.

L'étude de l'existant

Le travail présenté ici a consisté en la recherche de l'existant en terme de dossier médical informatisé. Recherche bibliographique tout d'abord, suivie d'un travail de terrain tentant d'effectuer l'inventaire des dossiers médicaux communs partagés, informatisés au sein des réseaux régionaux de soins du cancer en France.

La recherche bibliographique

Elle permet de s'apercevoir que la plupart des établissements hospitaliers français ont un système d'information hospitalier (SIH) qui ne va pas au-delà du Programme médicalisé du système d'information (PMSI), cette base de données étant inadaptée pour le cancer dont la prise en charge est plus vaste [8].

En France, on admet [1] que les soins aux malades cancéreux sont effectués pour 50 % en médecine libérale, pour 25 % dans les centres de recherche et de lutte contre le cancer (CRLCC) créés en 1945 (20 répartis dans 16 régions) et pour 25 % dans le secteur public dont les centres hospitaliers universitaires créés en 1958.

Certains articles traitent des schémas de déroulement clinique qui datent de la mise au point de systèmes d'information reposant sur les « Diagnostic Related Groups ». Ces systèmes prennent pour entité de base le patient et comme variable la modification de son état de santé en fonction des prestations de soins réalisées [2] [3]. Les gestionnaires d'établissement ont développé des outils à partir de techniques classiques de planification d'activités telle la méthode du chemin critique (« critical pathway »).

Trois articles traitent des signaux qu'il est possible de mettre en œuvre dans

des dossiers informatisés, signaux qui permettent de repérer les étapes clés du suivi et de rappeler au praticien ses devoirs dans le schéma de déroulement clinique [5] [6] [7].

Le travail de terrain

Il n'existe pas de cadre de référence national pour les dossiers médicaux. Deux régions ont créé de toutes pièces un dossier médical commun partagé spécifique de cancérologie demandant une duplication des données, ce qui les rend peu utilisés. D'autres régions se sont servies d'un dossier médical existant dans les CRLCC, qui a été ouvert aux professionnels de santé par l'intermédiaire de la Carte professionnelle de santé (CPS) sous réserve de l'accord du patient ; ils ne concernent donc que les patients traités dans les CRLCC (soit 25 %) [1].

Plusieurs régions expérimentent des DMCP effectués au sein des réseaux de cancérologie et créés spécifiquement pour la cancérologie.

Discussion

De nombreux articles ont été consacrés ces dernières années aux dossiers médicaux informatisés, mais dans l'ensemble, en France, ils étaient liés au Programme de médicalisation des systèmes d'information des établissements hospitaliers. Or la logique des résumés de sortie standardisés (RSS) du PMSI, remplis dans les établissements, est totalement différente de celle recherchée pour le dossier médical commun partagé de cancérologie : les résumés de sortie standardisés du PMSI servent à évaluer la lourdeur de la prise en charge hospitalière pour une conversion en points (indice synthétique d'activité : ISA) alors que DMCP se veut être un outil de communication entre praticiens traitant un même malade. Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication constitue une opportunité technique pour une informatisation des dossiers médicaux dans un objectif de partage de l'information.

Au sein des réseaux

Si au sein d'un réseau de cancérologie la mise en place d'un système d'information est décidée, il est logique d'y intégrer le dossier médical qui constitue le document central de la prise en charge d'un patient. Cependant, lorsque l'on se renseigne auprès des réseaux existants, même les plus anciens, on peut constater de grandes difficultés à mettre en œuvre un dossier médical commun partagé informatisé pourtant si séduisant. Les responsables l'expliquent par la nécessité de la double saisie [1] et l'absence d'objectifs clairement définis au départ. Cette expérience devrait servir de leçon et il ne doit pas y avoir de double saisie lors des réunions de concertation pluridisciplinaire. De même il faut certainement passer du temps auprès des différents praticiens pour expliciter l'objectif principal du dossier qui est la communication et non un quelconque bilan d'activités.

Les seules communications de dossiers opérantes en France sont actuellement celles qui consistent en la mise à disposition d'un dossier d'un centre vers d'autres praticiens. On objectera que les patients traités dans les CRLCC ne représentent que 25 % des patients traités pour cancer ; mais c'est l'ensemble de ces dossiers qui est mis à disposition par les CRLCC qui le souhaitent. Certains articles (4-9) insistent sur la collaboration indispensable avec tous les acteurs pour mener à bien un projet ; cette collaboration doit exister dès l'émergence du projet.

Les spécificités du dossier

Plusieurs questions se posent concernant le dossier notamment sur son *exhaustivité*. Doit-il tout comprendre : les antécédents ; les résumés de consultation, d'hospitalisation ; les résultats d'examens ; les traitements ; les souhaits du patient ? De même concernant son *accessibilité* et l'utilisation de langages standards pour les échanges, pour une communication facilitée.

Sa *confidentialité* est également objet de débat, avec une sécurisation du contrôle des accès. La notion d'habilitation recouvre deux dimensions : Qui a le droit aux informations (avec le contrôle de l'authentification de l'autorisation des accédants) ? Et à quoi les intervenants peuvent-ils accéder avec des profils d'utilisateurs soit par individu, soit par métier avec une autorisation d'accès partielle ou totale ? Par ailleurs, il faut savoir qui confère le droit d'accès : le patient a le statut de maître d'ouvrage, mais pour de nombreux auteurs [25] les problématiques posées nécessitent que le patient choisisse un maître d'œuvre : le médecin référent, qui peut être le médecin de famille. Quant à l'accès direct du patient à son dossier, il est prévu par la loi. Cependant, il peut être intéressant de réfléchir à une habilitation particulière du patient pour accéder à certaines parties de son dossier. D'une manière générale, il faut envisager la protection, dans le dossier médical, des données dites sensibles (par exemple statut social, religion, comportement sexuel).

Il est important d'améliorer la communicabilité du dossier : toute personne concernée par la prise en charge doit pouvoir alimenter le dossier dans la mesure où l'information apportée a un objectif. Les synthèses d'étapes doivent être brèves, concises et le plus souvent recueillies lors de réunions pluridisciplinaires.

Si la mise à disposition des dossiers déjà existants fonctionne bien, la création d'un nouveau dossier soulève des problèmes dus surtout à la nécessité d'une deuxième saisie et parfois à la non-compréhension de l'utilité de ce document.

Il faut aussi tenter de se mettre à la place du médecin traitant, référent, maître d'œuvre du DMCP. Actuellement lui sont proposés des dossiers par pathologie (diabète, cancer), mais il a devant lui un seul et même patient ; d'ailleurs un dossier médical personnel (DMP) national est à l'étude ; des expérimentations régionales d'échanges d'informations médicales sont également en cours, telle « Planète Santé » dans la région des Pays de la Loire.

Il conviendrait sans doute, en ce qui concerne la cancérologie, de permettre la mise en ligne du compte rendu des réunions de concertation pluridisciplinaire, pour la première phase de définition des stratégies diagnostiques et thérapeutiques ; et les comptes rendus des praticiens intervenant dans cette mise en œuvre, pour la deuxième phase de mise en œuvre thérapeutique.

Ces données spécifiques à la maladie cancéreuse doivent pouvoir être échangées entre les praticiens cancérologues et disponibles pour les autres intervenants, à savoir en premier lieu le médecin généraliste, qui doit pouvoir consulter, parallèlement au dossier médical qu'il possède pour chaque patient, les données spécifiquement liées au soin de la maladie cancéreuse. Le DMCP cancer ne pourrait donc comprendre que des données spécifiques à cette maladie

1. Les premiers dossiers médicaux partagés ont été créés en plus du dossier médical existant ; une deuxième saisie des informations est nécessaire même si ce dossier est plus restreint.

pour les deux phases précitées, données à intégrer dans le dossier médical que possède chaque praticien pour un même patient.

Conclusion

Plusieurs réseaux de cancérologie ont tenté de mettre en place un dossier médical commun partagé. Pour l'instant, aucun ne fonctionne de manière satisfaisante quant au nombre de dossiers saisis par rapport au nombre de cancers traités. Compte tenu de la discussion ci-dessus, il paraîtrait plus opportun d'inclure le DMCP de cancérologie dans le dossier médical personnel général, qui doit être mis en place en ayant comme pivot le médecin traitant et en définissant après une étude préalable pluridisciplinaire son contenu, son accessibilité et sa confidentialité.

références

1. Bergerot P., Bernard J. « La cancérologie et l'hospitalisation privée ». *Hospitalisation privée* 2000, 350, 6-9.
2. Campbell H., Hotchkiss R., Bradshaw N., Porteous M. « Integrated care pathways ». *Br. Med. Journ*. 1998, 316, 133-137.
3. Crombie I. K., Davies H. T. « Missing link in the audit cycle ». *Quality in Health Care*, 1993, 2, 47-48.
4. D'amour D., Sicotte C., Levy R. « L'action collective au sein d'équipes inter-professionnelles dans les services de santé ». *Sciences sociales et santé*, 1999, 17, 3, 68-94.
5. Degoulet P., Chantalou J. P., Chatelier G., Devries C., Goupy F., Zweigenbaum P. « A temporal data base management system », in R. Salamon, B. Blum, M. Jorgensen (Eds). *Medinfo* 86 (Elsevier Science Pub, 1986), 1, p. 532-536.
6. Mc Donald C. J. « Protocol-based computer reminders, the quality of care and the non-perfect ability of man ». *New Engl. Journ. of Med*. 1976, 295, 24, 1351-1355.
7. Mc Donald C. J., Hui S. L., Smith D. M., Tierney W. M., Cohen S. T., Weinberger M., *et al*. « Reminders to physicians from an introspective computer medical record ». *Annals of Internal Medecine*, 1984, 100, 130-138.
8. Peuvrel P. « L'outil PMSI et la cancérologie ». *Technologie Santé* 2000, 41, 35-37.
9. Valette A. « La collaboration = ce que nous dit l'étude des processus ». *Sciences sociales et santé*, 1999, 17, 3, 95-100.

alcoologie et addictologie

2006 ; 28 [2] : 93-204

Éditorial

- Le cannabis en représentation, Myriam Tsikounas

Introduction

- Le cannabis dans tous ses états, Didier Nourrisson

Mémoires

- Haschisch et littérature, Max Milner
- Pour une histoire du cannabis, Jean-Jacques Yvorel
- Le club des hachichins. Une fumée peut en cacher une autre, Didier Nourrisson
- Dépénalisation du cannabis. La presse alternative s'engage (1970-1976), Thierry Lefebvre
- Cannabis, adolescence et société. Quelle interface entre le clinique et le social ? Jean-Pierre Couteron, Alain Morel
- Consommation de cannabis par les élèves de 15 ans. Données issues de l'enquête internationale HBSC/OMS dans 32 pays occidentaux, Emmanuelle Godeau, Céline Vignes, Tom Ter Bogt, Saoirse Nic Gabhainn, Félix Navarro
- De la dualité du cannabis. Représentations croisées de l'herbe et du « shit », Mélanie Roustan
- La culture du cannabis en France, Julien Lefour

Mise au point

- L'entretien motivationnel. I — Les bases théoriques, Michael Lukasiewicz, Amine Benyamina, Magalie Frenoy-Peres, Michel Reynaud

Libres propos de...

- Annabelle Morge, Michel Lejoyeux, Le déni de l'addiction
- Éric Mangon, Pour une approche sanitaire des usages de stéroïdes anabolisants

Vie de la SFA

- Assemblée générale de la SFA, 13 avril 2006, Paris
- À la mémoire du Pr Pierre Jean
- Emmanuelle Doncker, prix Fouquet 2005
- Alcoolodépendance et autres addictions : mieux comprendre pour mieux traiter, 13 et 14 avril 2006, Paris
- Groupes. Nouveaux membres. Adhésion. Prochaines réunions

Informations

- Annonces
- Enseignement. Recherche. Actualités. Livres. Agenda

Alcoologie et addictologie. Pr Michel Lejoyeux. 64, avenue du Général-de-Gaulle. 92130 Issy-les-Moulineaux. Télécopie : 01 40 95 72 15. www.sfalcoologie.asso.fr.

Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en 2000

Philippe Fenoglio
Maître de conférences à l'université de Nancy II
Véronique Parel
Maître de conférences à l'université de Panthéon-Sorbonne (Paris I)
Pierre Kopp
Professeur à l'université de Panthéon-Sorbonne (Paris I)

En 1997, une première étude tentait d'évaluer le coût, pour la société, que représentait la consommation de tabac, d'alcool et de drogues en France. Cette étude a été actualisée en 2000. Présentation des évolutions.

La consommation et le trafic de drogues légales (alcool et tabac) et illégales ont un impact important sur l'économie. On recense, d'une part, des effets négatifs pour la société et, de l'autre, les bénéfices, liés à la consommation et à la production.

Le montant total des « externalités », frappant la société et engendrées par les drogues, indique le coût des conséquences de la consommation et du trafic de drogue pour la collectivité. Ce montant est appelé « coût social des drogues » ou « coût d'opportunité des drogues ».

Les bénéfices des drogues mesurent le bien-être qu'elles procurent aux consommateurs et les profits des producteurs et distributeurs. Le calcul des bénéfices est particulièrement complexe, car il exige de mesurer la valeur subjective que les consommateurs attribuent aux produits qu'ils consomment.

Cet article est consacré au premier aspect, celui des dommages que la collectivité subit, du fait de l'existence des drogues. Le « coût social des drogues » mesure donc le coût pour la collectivité des conséquences du trafic et de la consommation de drogue. Il constitue un agrégat important car c'est à l'aune de sa réduction que l'on peut mesurer l'efficacité de la politique publique.

La mesure du coût social des drogues pose un sérieux problème méthodologique. Préciser quelle est la part du coût de la drogue qui frappe la collectivité (externalité) et celle qui touche directement les consommateurs de drogues (coût privé) n'est pas une question triviale. Le coût des maladies que les fumeurs, par exemple, s'infligent est illustratif du problème. Le cancer du poumon qui frappe un fumeur est-il une externalité ou un coût privé ? La réponse dépend, nous le verrons, de l'hypothèse qui est faite sur la rationalité des choix des consommateurs de drogues.

Cet article rend donc d'abord compte des conséquences des débats concernant le degré de rationalité des consommateurs de drogues sur la méthodologie de chiffrage du coût social des drogues, puis il présente la méthodologie retenue, dite *Cost of illness,* et livre enfin les résultats de l'estimation du coût social faite pour la France.

Rationalité et coût social

La consommation et le trafic de drogues sont à l'origine des dépenses qui constituent des coûts privés pour les individus (achats, dépenses de santé non remboursables, amendes, etc.). La contrepartie de ces dépenses est donnée par le bien-être que les individus retirent de la consommation. Dès lors qu'un individu accepte de payer un prix pour un produit, c'est qu'il dégage de sa consommation une utilité et un surplus. Le surplus est égal à la différence entre le prix payé par le

Cet article présente les conclusions de recherches dirigées par Pierre Kopp pour le compte de l'Inserm et de l'OFDT (pkopp@univ-paris1.fr). Il présente les résultats actualisés d'une étude antérieure (1997) dont les résultats avaient été publiés dans cette même revue « Coût social des drogues et choix de politique publique », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 22, mars 1998.

consommateur et celui qu'il aurait accepté de payer pour obtenir le produit.

La consommation et le trafic engendrent également des coûts qui frappent les tiers. La violence des marchés illégaux ou le tabagisme passif, ou encore les victimes des accidents provoqués par des conducteurs sous l'emprise de l'alcool constituent des externalités[1]. La somme des externalités constitue le coût d'opportunité de la drogue. Si les ressources consacrées à la drogue l'avaient été à une autre activité, la société se serait épargné le coût de ces externalités et aurait été plus riche du montant que ces ressources auraient permis de produire. C'est pourquoi on désigne la somme des externalités sous le nom de coût social de la drogue plutôt que de coût d'opportunité, bien que les deux termes soient synonymes.

Les externalités constituent une source d'imperfection du marché et engendrent une perte de bien-être pour la société. Les individus ne prennent pas en compte le coût des conséquences sociales de leur consommation. Ils déterminent donc leur niveau de consommation en ne prenant en compte que le coût privé de leur consommation. Le niveau de consommation d'équilibre est alors optimal pour les individus, mais excessif pour la société. L'État doit intervenir pour forcer les individus à prendre en compte le coût complet des conséquences sociales de leur choix de consommation. Pour ce faire, il taxe les produits ou les interdit. Observons que la mise en œuvre de l'interdiction légale et des sanctions qui l'accompagnent joue le rôle d'une taxe sur la consommation, en infligeant un coût au consommateur. Le consommateur ajuste donc sa consommation à la baisse (si la demande est élastique au prix) et l'optimum privé vient coïncider avec l'optimum social, si la taxe a été calibrée de manière optimale. L'efficacité économique est alors restaurée.

1. Le terme « externalité » désigne des bénéfices ou des coûts qui, bien qu'ils s'ajoutent aux bénéfices et aux coûts propres à une activité donnée, ne sont pas reflétés dans les prix du marché et touchent les agents économiques tiers sans que ces derniers soient légalement tenus de payer ou en droit de recevoir un dédommagement. Par exemple, la fumée de la cigarette dérange un non-fumeur et constitue une externalité, puisque la gêne est subie et non compensée par une somme d'argent. En revanche, le fait que les impôts des uns servent à financer les autres (ou la Sécurité sociale) ne constitue pas une externalité, mais une forme de redistribution de la richesse.

Le chiffrage du coût social pose un problème méthodologique. Comment traiter le coût des conséquences (maladies) que les consommateurs de drogues s'infligent à eux-mêmes ? S'agit-il d'un coût privé ou d'une externalité ? Soit le tabagisme ou l'alcool sont considérés comme des externalités, soit la consommation de ces substances ne déroge pas au principe de souveraineté du consommateur rationnel et l'ensemble des coûts déduits de ses choix lui sont attribués et « internalisés ». La réponse est d'autant plus déterminante que les coûts internes engendrés par la consommation de drogues sont considérables puisque les sommes en discussion constituent une part très importante du coût des drogues. Selon la réponse apportée, le coût social de la drogue sera élevé ou, au contraire, très bas, ce qui est lourd de conséquences lors de la discussion du montant de la taxe requise pour corriger les externalités (alcool et tabac).

Ce choix méthodologique peut être illustré par un exemple. Les adeptes du ski prennent des risques et choisissent les pistes qu'ils empruntent en fonction de leur niveau technique, de leur forme physique et du climat. Lorsqu'ils sont victimes d'un accident, les frais de santé constituent un coût privé et non une externalité[2]. Chacun conviendra que les skieurs sont suffisamment informés et rationnels pour mesurer les dangers du ski. Il serait ainsi saugrenu de parler du coût social du ski, même si la Sécurité sociale a de bonnes raisons de s'interroger sur l'impact de ce loisir sur ses comptes. Qu'en est-il dans le cas des drogues ?

Les maladies des consommateurs de drogues ne sont pas, *stricto sensu*, des externalités, puisqu'elles ne frappent pas des tiers mais les consommateurs de drogues eux-mêmes. Pour certains économistes, fondateurs d'une théorie de l'« addiction rationnelle », comme Gary Becker [1], les individus sont parfaitement rationnels, ils sont donc en mesure de prendre en compte les effets futurs de leur consommation présente. Ils savent intégrer le coût prévisible des maladies lors de leurs choix de consommation, c'est d'ailleurs pour cela que nombreux sont ceux qui arrêtent de consommer des drogues. Ce coût fait donc partie des coûts privés. À l'opposé, les analystes issus du milieu de la santé publique considèrent généralement que les conséquences non intentionnelles de la consommation de drogues sont une externalité et non un coût privé. Comme si le consommateur de drogues infligeait à un tiers (en l'occurrence lui-même) un coût qu'il ne prendrait pas en compte dans ses choix. L'ensemble des conséquences négatives des drogues doit alors être rangé du côté des externalités et constitue une perte de bien-être pour la collectivité.

2. Rappelons que le fait que les frais d'hospitalisation soient pris en charge par la Sécurité sociale, ou non, n'affecte pas le caractère externe ou privé du coût. Il ne faut pas confondre un problème d'inefficience du marché (externalité) et une question de justice sociale (redistribution).

Le tableau 1 recense l'ensemble des coûts des conséquences de la consommation et du trafic de drogues.

L'angle sous lequel les externalités interpersonnelles sont analysées (coûts privés ou externalités) est lourd de conséquences. Si les consommateurs sont rationnels, les externalités interpersonnelles doivent être ajoutées au coût privé. À l'exception de la protection des tiers (tabagisme passif), l'État n'a pas de raison d'intervenir. En revanche, les coûts privés doivent êtres assumés par les consommateurs qui devraient ainsi se munir d'une assurance afin de financer les dépenses médicales engendrées par leurs choix[3]. À l'instar des assurances requises pour couvrir les sports à risques, le fumeur, le buveur ou l'amateur de drogues illicites devraient s'assurer contre les conséquences futures de leurs choix présents ou prendre le risque de dépendre, un jour, du degré de générosité de l'assurance sociale. L'important est que les coûts engendrés par un individu soient couverts. Peu importe que cela soit par lui-même (assurance privée) ou par la solidarité (assurance sociale).

À l'opposé de cette vision, l'approche de santé publique considère le consommateur de drogue comme « malade » et classera l'ensemble des externalités interpersonnelles du côté des externalités. L'État est alors fondé à intervenir pour faire supporter aux individus le coût complet (privé et social) de leur pratique. La taxe (ou la sanction) vient s'ajouter au prix et force les individus à limiter leur consommation. Le produit de la taxe peut éventuellement venir partiellement abonder le budget de

3. Le fait que l'assurance soit payante ou gratuite est un problème de redistribution.

tableau 1

Externalités ou internalités ?

Type de coûts	Nature	Classification
● Dépense d'achat ● Dépenses de santé non remboursées ● Achat d'assurance privée ● Amendes	Dépenses privées	Utilité + Surplus du consommateur
● Perte de revenus due à la morbidité ● Perte de revenus due aux décès prématurés ● Violence sur les marchés illégaux ● Emprisonnement	Externalités interpersonnelles	Coût social
● Perte de productivité des entreprises du fait de l'absentéisme, de la mortalité et de la morbidité ● Mortalités et morbidité des tiers (tabagisme passif, victimes des accidents et des violences) ● Dépenses publiques de prévention ● Dépenses publiques de répression ● Dépenses publiques de traitement	Externalités	

la Sécurité sociale, comme c'est le cas en France pour la taxe du tabac. Le reste des problèmes frappant les fumeurs doit être pris en charge, selon les normes habituelles de prise en charge des maladies et des problèmes sociaux.

Deux schémas théoriques s'opposent ainsi. Le premier, celui de l'assurance, qui poursuit l'objectif de la couverture du risque comme dans le cas du ski ; le second, celui de l'intervention publique, qui vise à contraindre les individus à changer leur consommation en leur faisant prendre en charge son coût. Selon la première approche, le problème posé par les drogues est essentiellement un problème de répartition et se limite, d'une part, au choix entre le régime de l'assurance privée et celui de l'assurance sociale, et d'autre part, à la fixation du montant des primes ou du volume des transferts sociaux permettant d'assurer l'équilibre des assurances privées ou des comptes des organismes sociaux. La seconde approche considère, *a contrario*, que l'objectif de l'État est de ramener l'activité porteuse d'externalités à son niveau optimal, en instaurant une taxe qui permettra de faire payer à ses adeptes le coût complet de leur pratique, ce qui en réduit logiquement le nombre. Cette fois le problème posé par les drogues concerne essentiellement l'efficience économique et non plus la répartition. Les dépenses engendrées par les consommateurs de drogues doivent être financées à l'instar des autres dépenses sociales.

Une piste prometteuse permet de dépasser cette opposition. Un groupe d'auteurs inspirés par Gruber J., Koszegi B. [3] qualifie le coût des conséquences de la drogue, pour les consommateurs eux-mêmes, par le néologisme « externalités intrapersonnelles » ou « internalités ». Ils proposent de les ajouter aux externalités classiques (frappant effectivement les tiers), au prorata du degré de limite qui affecte la rationalité. Dans cet article, nous utilisons la méthodologie classique

références

1. Becker G. et Murphy K. [1988], « A theory of rational addiction », *Journal of Political Economy*, vol. 96, août, p. 675-700.
2. Collins. D., Lapsley, H. M. (1996) *The Social Costs of Drug Abuse in Australia in 1988 and 1992*, Canberra. Monograph n° 30. Commonwealth Department of Human Services and Health. Australian Government Printing Services.
3. Gruber J., Koszegi B. (2004), « Tax incidence when individuals are time-inconsistent : the case of cigarette excise taxes », *Journal of Public Economics*, 88, 1959-1987.
4. Hodgson, T. A., Meiners, M. (1982), « Cost of illness methodology : A guide to current practices and procedures ». *Milbank Memorial Fund Quarterly,* [60], p. 429-462.
5. Kopp, P., Fenoglio, P. (2004), *Coûts et bénéfices économiques des drogues*, OFDT, juin 2004, 125 pages, http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/eco_drog.htm.
6. Kopp, P., Fenoglio, P. (2000), *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, OFDT, septembre 2000, 277 pages.
7. Single E., Collins D. Laspely H., Kopp P., Perez-Gomez A. (2003), « International *Guidelines for Estimating the Cost of Substance Abuse* », WHO.

qui affecte la totalité des « externalités intrapersonnelles » ou « internalités » au coût social.

La méthodologie Cost of illness

Le calcul du coût social de la drogue repose sur la méthodologie *Cost of illness* (COI). Elle a d'abord été utilisée dans des études d'économies médicales destinées à chiffrer le coût social de la santé mentale ou de certains types de cancers.

Dans cette étude, nous affectons à la consommation *« per se »* du produit tous les coûts imposés à la collectivité, sans distinguer les consommations réputées « normales » ou « abusives ».

Notre étude se limite aux « coûts tangibles » qui mesurent les pertes monétaires (les pertes de revenus, par exemple), et exclue de son champ les « coûts intangibles » correspondant à la valorisation monétaire de dommages subjectifs (peine et souffrance, par exemple).

Deux hypothèses sont retenues : d'une part, que le plein emploi des facteurs est assuré (*i. e.* que l'ensemble des ressources existantes est utilisé en vue de produire des biens et des services) ; d'autre part, qu'une ré-allocation des ressources supprimant les drogues n'affecterait pas le niveau des bénéfices sociaux. Sous ces deux hypothèses, toutes les conséquences des drogues sont traitées comme un « coût social », une source de perte de bien-être collectif.

Le coût social, tel que le mesure une étude (COI), couvre l'ensemble des coûts tangibles supporté par la collectivité, *i. e.* aussi bien par les agents privés (se traduisant par l'existence de coûts privés), que par les pouvoirs publics (coûts publics), et induit par la consommation et le trafic, exception faite du coût d'achat des substances.

Nous suivons le choix de Single *et al.* [7], qui recommandent de suivre Collins & Laspley [2] en ne calculant dans le cadre des études COI que le coût social « brut » plutôt que « net » des éventuels *side effects* positifs éventuellement engendrés par la consommation de certaines substances, notamment dans le cas où la consommation modérée d'alcool viendrait réduire le nombre de maladies cardiaques.

D'autre part, l'étude est *prevalence-based, i. e.* elle estime le coût des problèmes qui apparaissent durant une année donnée, en l'occurrence 2000.

Les pertes de revenu et de productivité dues aux décès prématurés sont estimées selon la méthode du « capital humain » à l'aide de la valeur présente des revenus futurs. Cette approche, qui est la plus fréquemment utilisée, diffère de celle dite de la *willingness to pay* [4], qui évalue la valeur de la vie humaine à partir de la somme que les individus sont disposés à payer pour modifier leur espérance de vie. En règle générale, les résultats obtenus avec la méthode *human capital* sont plus faibles que ceux issus d'un calcul suivant la technique de la *willingness to pay.* La méthode *human capital* exige de calculer la valeur présente des revenus futurs perdus du fait d'une mortalité prématurée attribuable aux consommations de drogues. Les résultats présentés dans cet article sont calculés avec un taux d'actualisation de 6 %[4].

Le coût social des drogues en 2000

Les résultats présentés tableau 2 évaluent le coût social des drogues pour l'année 2000 en tenant compte des nouvelles informations recueillies. L'augmentation de la valeur estimée du coût social des drogues en France en 2000 par rapport à celui de notre étude précédente [6] a deux causes. Premièrement, le calcul des coûts de santé imputables aux drogues contient trois modifications : une actualisation des données sur les coûts hospitaliers ; un changement de méthodologie concernant les soins en médecine de ville ; l'introduction des pathologies non traitées dans Kopp et Fenoglio [6], notamment pour les drogues illicites. Deuxièmement, le calcul d'actualisation des pertes de prélèvements obligatoires (fiscalité), des pertes de revenus (particuliers) et des pertes de production (entreprises) a été amélioré.

Le tabac est la drogue qui impose le coût le plus élevé à la France avec 47 739,62 millions d'euros, soit une dépense par tête de 772,49 euros et 3,05 % du produit intérieur brut (PIB). Ce montant se répartit en 18 085,16 millions d'euros de pertes de productivité (entreprises) et 7 657,84 millions d'euros de pertes de revenus pour les individus, que ceux-ci soient ou non consommateurs. Les coûts des soins arrivent en tête des dépenses publiques pour un montant de 18 254,22 millions d'euros qui se répartit entre soins hospitaliers (8 731,72 millions d'euros) et médecine de ville (9 522,50 millions d'euros). À noter que les dépenses de santé constituent le premier poste du coût social du tabac. Vient ensuite le coût social engendré par les pertes de prélèvements obligatoires (3 737,80 millions d'euros), soit 7,83 % du coût social total du tabac. Les autres coûts sont peu significatifs (< 0,01 %) : 2,82 millions liés à la prévention ; 1,78 million à la lutte contre les feux de forêts.

L'alcool, pour sa part, engendre un coût social de 37 030,91 millions d'euros (2,37 % du PIB) et une dépense par tête de 599,21 euros. La part la plus importante du coût social de l'alcool tient principalement aux pertes de productivité (16 097,57 millions d'euros pour les entreprises), aux pertes de revenus des individus consommateurs ou non (7 147,71 millions d'euros) et aux dépenses des assurances en charge des indemnisations en cas d'accidents (3 524,62 millions d'euros). Les dépenses de santé représentant 16,62 % du coût social (6 155,88 millions) réparties en soins hospitaliers (4 345,59 millions d'euros) et coûts liés à la médecine de ville (1 810,29 millions). À noter que les dépenses de santé n'occupent que la troisième place du coût social de l'alcool, contre la première pour le tabac. Le cinquième poste (9,42 %) est représenté par les pertes de prélèvements obligatoires (3 488,79 millions d'euros) provoquées par les encaissements de recettes fiscales non réalisés par l'État, du fait des décès, de l'hospitalisation ou de l'emprisonnement des consommateurs d'alcool. Les autres dépenses constitutives du coût social de l'alcool sont marginales (moins de 0,3 % du total), à l'exception de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) (522,95 millions d'euros, soit 1,41 %).

Les drogues illicites engendrent un coût social de 2 824,43 millions d'euros, soit une dépense par tête de 45,70 euros et 0,18 % du PIB. Les pertes de productivité (entreprises) contribuent pour 28,76 % du coût social des drogues illicites. Leur montant total est de 812,29 millions d'euros. Celles-ci sont suivies des dépenses des administrations égales à 740,15 millions d'euros (soit 26,21 %) et des coûts des

4. Le rapport Lebègue (2005) suggère de ramener le taux d'actualisation de 8 % à 4 % afin de mieux prendre en compte les effets futurs des choix présents. Cette étude menée avant la publication du rapport utilise un taux conventionnel adopté par les autres études européennes dans le même domaine.

tableau 2

Coûts sociaux des drogues en France, 2000 (millions d'euros)

Types de dépenses	Tabac		Alcool		Drogues illicites	
	Rang	Montant	Rang	Montant	Rang	Montant
Dépenses de santé	[1]	18254,22	[3]	6155,88	[3]	723,32
dont : – soins hospitaliers		*8731,72*		*4345,59*		*280,26*
– médecine de ville		*9522,50*		*1810,29*		*443,06*
Dépense des administrations		-	[7]	87,00	[2]	740,15
Dépenses de prévention	[5]	2,82		-		-
Cnam		-	[6]	522,95		-
Perte de prélèvements obligatoires	[4]	3737,80	[5]	3488,79	[5]	179,70
Incendies	[6]	1,78		-		-
Pertes de revenus des consommateurs (décès maladies)	[3]	7657,84	[2]	7147,71	[4]	368,17
Dépenses des assurances		-	[4]	3524,62		-
Pertes de productivité	[2]	18085,16	[1]	16097,57	[1]	812,29
Associations privées		nd	[9]	0,87		nd
Autres coûts privés		-	[8]	5,52	[6]	0,80
Coût social		**47739,62**		**37030,91**		**2824,43**

nd : non disponible.

tableau 3

Source des coûts sociaux (millions d'euros)

	Tabac		Alcool		Drogues illicites	
1. Coûts directs des soins	18254,22	(38,24 %)	6155,88	(16,62 %)	723,32	(25,61 %)
2. Coûts directs de prévention et de recherche	2,82	(neg.)	560,34	(1,51 %)	144,66	(5,12 %)
3. Coûts directs de l'application de la loi	-		56,00	(0,15 %)	596,30	(21,11 %)
4. Coûts directs de pertes de prélèvements obligatoires	3737,80	(7,83 %)	3488,79	(9,42 %)	179,70	(6,36 %)
5. Autres coûts directs imputables	1,78	(neg.)	3524,62	(9,52 %)	-	
6. Coûts indirects des pertes de revenu et des pertes de production	25743,00	(53,92 %)	23245,28	(62,77 %)	1180,46	(41,79 %)
Coût social	**47739,62**		**37030,91**		**2824,43**	
Dépense par tête	772,49		599,21		45,7	
Coût social en pourcentage du PIB	3,05 %		2,37 %		0,18 %	

neg. : négligeable.

soins d'un montant de 723,32 millions (soit 25,61 %) répartis en coûts hospitaliers (280,26 millions d'euros) et médecine de ville (443,06 millions d'euros). Loin derrière (13,04 %), on trouve les pertes de revenus des consommateurs (368,17 millions d'euros) et les pertes de prélèvements obligatoires (6,36 %) pour un montant de 179,70 millions d'euros, les autres coûts étant marginaux (0,03 % du total).

Le tableau 3 examine la répartition du coût social de chaque drogue par catégorie (soins, prévention et recherche, application de la loi, prélèvements obligatoires, pertes de revenu et de production).

On s'intéressera aux trois premières lignes du tableau qui décrivent les coûts engendrés par la mise en œuvre d'actions

(privées ou publiques) ciblées sur un objectif. Du point de vue des coûts, les soins arrivent en tête, suivis par la prévention et la recherche, et enfin par l'application de la loi dans le cadre du tabac et de l'alcool. En revanche, si l'on compare les drogues illégales et légales (alcool et tabac), on constate que le coût de la mise en œuvre de la loi dans le domaine des drogues illégales (21,11 %) dépasse largement les dépenses de « prévention – recherche », et est relativement proche des dépenses de soins (21,11 % *vs* 25,61 %) comparativement aux deux autres drogues. Si l'on compare l'alcool et le tabac, on remarque que le coût des soins des maladies associées au tabac est quasiment trois fois plus élevé que celui engendré par l'alcool, ce qui tient probablement au plus jeune âge des patients et à la durée plus longue de leurs maladies. On peut être frappé par les sommes extrêmement faibles consacrées à la mise en œuvre des lois sur l'alcool (56 millions d'euros) comparées à celle dédiées à la lutte contre les drogues illicites (596,30 millions d'euros). La part du coût social de l'alcool engendré par la mise en œuvre de la loi est très faible (0,15 %), alors qu'une part importante des décès provient pourtant de la non-observation de la loi (3945 décès sur 43963, soit 9 %) sachant, par ailleurs, que nos calculs ne tiennent pas compte des crimes et délits commis sous l'emprise de l'alcool.

Les sommes relativement plus importantes consacrées à la « prévention-recherche » pour les problèmes liés à l'alcool comparativement à celles consacrées pour le tabac (560,34 millions contre 2,82 millions), pour un nombre de décès imputables quasiment identique, méritent d'être signalées. L'explication tient probablement au fait que les problèmes engendrés par l'alcool sont connus depuis plus longtemps que ceux tenant au tabac.

Ces résultats conduisent à souligner le coût important que les drogues exercent sur la société française en termes de mortalité, morbidité, et de coût économique. L'analyse de sensitivité [5] montre que les résultats sont assez stables lorsqu'on fait varier les hypothèses et notamment celles portant sur les risques de contracter une pathologie attribuables à une drogue. Les résultats sous-estiment de manière importante le coût social de l'alcool dans la mesure où les crimes et violences associées à la consommation d'alcool ne sont pas pris en compte, faute de données complètes (même chose pour les drogues illicites qui ne prennent en compte que les ILS, mais pas les crimes et violences). ■

Santé publique

n° 1 – mars 2006

Éditorial

- Séminaire SP & AM : évaluations des pratiques professionnelles (aspect prévention) des médecins généralistes (à solliciter), *R. Bataillon*

Études

- Faisabilité du dépistage systématique des comportements addictifs chez les patients hospitalisés, *A. L. Le Faou, O. Scemama*
- Conséquences des accidents de la circulation chez les enfants : suivi pendant un an d'enfants accidentés dans le Rhône, *M. Chiron, P. Charnay, J. L. Martin, I. Vergnes*
- Évaluation par les professionnels de santé du système d'information sur les risques cancer liés à l'environnement, *M. Dessaigne*
- Épidémie de malaises survenus dans un hôpital : une enquête qualitative, *L. Bentz, E. H. Benmansour, C. Pradier*
- Facteurs liés au retard du diagnostic de la tuberculose à Conakry (Guinée), *A. Camara, A. Diallo, L. M. Camara, K. Fielding, O. Y. Sow, J. Chaperon*
- Estimation de la mortalité attribuable aux particules fines (PM10) dans les 9 villes françaises participant au programme européen APHEIS, *J.-F. Jusot, A. Lefranc, S. Cassadou, M. D'Helf-Blanchard, D. Eilstein, B. Chardon, L. Filleul, L. Pascal, P. Fabre, C. Declercq, H. Prouvost, A. Le Tertre, S. Medina*

Politiques

- Enseignement de l'éthique et des droits de l'homme en Europe, *F. Claudot, A.-J. Van Baaren-Baudin, P. Chastonay*
- Inégalités devant la mort en bas âge au Pérou, *E. F. Orihuela-Egoavil*
- Les aspects juridiques et éthiques de la protection des données issues du dossier médical informatisé et utilisées en épidémiologie : un point de la situation, *S. Picard, J. Pellet, J. F. Brulet, B. Trombert*

Pratiques

- Demandes de séjour pour raison médicale des malades étrangers dans le département du Val-d'Oise de 1999 à 2003, *G. La Ruche, B. Brunet*
- Vers un socle de compétences partagées pour les médecins en santé publique, *A. Riffaud, D. Jourdan, L. Gerbaud*
- Planification et suivi de l'activité d'un service de santé scolaire à partir d'indicateurs sanitaires et sociaux ; l'expérience de Villeurbanne, *F. Guerrier-Sagnes, M. Fortin, F. Beynel-Mélinand*

Lettre du terrain

- L'accueil dans les restaurants scolaires d'enfants présentant une allergie alimentaire, une enquête en Maine-et-Loire, *S. Fanello, C. Richard, G. Rollet*

Lectures

Santé publique
BP 7
2, avenue du Doyen-J.-Parisot
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Téléphone : 03 83 44 87 00

Association latine pour l'analyse des systèmes de santé

Présidents

Professeur Guy Durant, directeur des cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique
Professeur Anna Maria Malik, faculté de gestion, Sao Polo, Brésil (vice-présidente)

Activités de l'Alass

Congrès

Chaque année, l'Alass organise un congrès d'une durée de trois jours — CAlass — consacré à la présentation de résultats des projets et de réalisations concrètes.
Le 14e congrès de l'Association latine pour l'analyse des systèmes de santé, qui s'est tenu à Montréal du 12 au 15 octobre, a réuni près de 250 participants (dont 37 Français) de 15 pays différents, venant de l'Europe latine et du continent américain. Chaque participant s'est exprimé dans sa langue, sans traduction simultanée (les deux tiers des communications sont en français). Pour faciliter la compréhension de chacun, les conférenciers sont invités à traduire leur support de présentation dans une autre langue que celle choisie pour leur présentation.

Ateliers

L'Alass organise également des ateliers de travail thématiques de réflexion sur des questions liées à l'organisation du système de santé. Ils ont une durée moyenne de 1,5 jour, sont limités à 30 assistants et constituent une excellente opportunité pour approfondir un domaine particulier. La participation aux ateliers est gratuite pour les membres de l'Alass.
Les derniers ateliers organisés :

- Atelier Alass à Luxembourg, 19 et 20 novembre 2004, thème : Le manque de professionnels de santé.
- Atelier Alass à Palma de Mallorca (Espagne) : 5 et 6 mai 2005, thème : Financement des Hôpitaux.
- Atelier Alass à Lugano (Suisse) : 2 juin 2006, thème : Les Balanced Scorecards. Cet atelier a réuni 40 participants de 7 pays différents.

Université d'été

L'Alass promeut une Université d'été en administration et gestion des systèmes de santé (UDEASS) dans le cadre prestigieux de Monte Verita, dans le Tessin. Les enseignants sont des universitaires et des professionnels qui viennent essentiellement de pays partiellement ou totalement francophones (Suisse, Québec, France, Belgique, grand duché de Luxembourg). Les enseignements sont réalisés en français.

Historique

L'Alass a été fondée le 27 janvier 1989 à Lugano, en Suisse. Alass est un réseau vivant de scientifiques (professeurs et chercheurs) et de professionnels (gestionnaires, planificateurs, concepteurs de politiques) dans le domaine sanitaire intéressés à contribuer à la résolution de nombreux problèmes concernant les systèmes de santé des pays latins.

Pourquoi l'association se centre-t-elle sur les pays latins ?

L'Alass part de l'hypothèse qu'il existe une culture latine commune. Cela se manifeste, entre autres, par la perception de la qualité de vie, les comportements en matière de prévention des maladies et l'utilisation des services de santé, sans oublier les particularités nationales, régionales et locales.
Ces caractéristiques communes facilitent la compréhension des problèmes particuliers des différents pays et permettent d'adapter les mêmes solutions à des lieux distincts.

Quelle vision sous-tend l'action de l'Alass ?

L'Alass veut réunir sous un même toit associatif un groupe de professionnels en interaction qui partagent leur expérience et leurs aptitudes pour résoudre des problèmes propres au système sanitaire.

Quelle mission s'est donnée l'Alass ?

Étant donné les multiples dimensions des systèmes de santé (communautaires, organisationnelles, professionnelles, sociologiques, politiques, économiques, etc.), aucune discipline ne peut fournir à elle seule une réponse appropriée à tant de problèmes qui se présentent. Pour cette raison, l'Alass privilégie une approche pluridisciplinaire pour résoudre les problèmes sociosanitaires, favorisant une vision globale de ces derniers et l'approche systémique pour leur résolution.
L'Alass ne limite pas ses champs d'investigation et intègre, entre autres, la conception de politiques, la régulation des systèmes, la planification, le financement et la gestion. Ceci permet de considérer l'impact des solutions sur l'organisation, la gestion des ressources humaines, la satisfaction des clients, etc.

Quelles valeurs sous-tendent l'action de l'Alass ?

- La pluralité des cultures.
- L'utilisation de toutes les langues latines dans le cadre du congrès et dans les supports écrits.
- L'intégration des disciplines et des méthodes.
- La tolérance et l'ouverture aux différents points de vue.
- La non-subordination à tout système politique, moral ou économique.
- Le travail en équipe et le courage d'échanger des expériences en faisant table rase des frontières.
- Les relations sociales entre les membres de l'association qui créent des liens amicaux durables, au-delà des relations professionnelles.

Membres de l'Alass

L'association comprend 400 à 500 membres individuels, près de 30 membres institutionnels prestigieux de 9 pays principalement européens. Pour la France, il s'agit (entre autres) de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, de l'École nationale de santé publique, de l'Irdes et, depuis cette année, de la Haute Autorité de santé.

Domaines de recherche

Toutes les problématiques liées aux systèmes de santé (organisation, qualité, financement, accès aux soins...) sont abordées dans les différentes manifestations de l'Alass, avec une vision à la fois pluridisciplinaire et internationale.

Coordonnées

Site : www.alass.org

Enseignements de santé publique

Université de la Méditerranée — Aix-Marseille II

Plusieurs cursus de formation et diplômants sont offerts sous forme de parcours à des publics étudiants de différents niveaux et de différentes origines. Ces enseignements, assurés en collaboration avec plusieurs UFR, concernent aussi bien les médecins que les non-médecins.

Parcours autonomes

- DES de santé publique (filière d'internat de spécialité, responsable : J.-L. San-Marco)
- Licence en science sanitaire et sociale
- Diplôme Universitaire d'évaluation médicale
- Diplôme Universitaire système de santé et de sécurité sociale
- Certificat d'étude universitaire « réseaux de santé »
- Certificat d'étude universitaire « qualité de vie »
- L'Institut universitaire professionnalisé EGOS (Économie et gestion des organisations de santé, directrice : B. Devictor) fonctionne depuis septembre 2000, actuellement en voie d'intégration en parcours du « master ».

Master « Ingénierie des systèmes de santé (santé publique) »

Responsable : Pr Roland Sambuc

Deux spécialités en recherche

R1

La spécialité « Méthodes d'analyse des systèmes de Santé » a pour objectif d'apporter à des étudiants d'origines différentes la connaissance du contexte et les éléments méthodologiques essentiels dans les domaines de l'épidémiologie et de l'aide à la décision pour la poursuite en doctorat d'une recherche sur l'analyse des systèmes de santé et la santé publique.

Cette spécialité, sous la responsabilité des Professeurs R. Sambuc et J.-P. Moatti, est ouverte pour l'année universitaire 2006-2007 pour des inscriptions en M1 et M2.

R2

La spécialité « Modèles statistiques et informatiques pour la recherche en Santé » approfondit les méthodes de modélisation en vue de thèses de doctorat en épidémiologie, recherche clinique et aide à la décision en santé. Cette spécialité, sous la responsabilité du Pr M. Roux, est ouverte pour l'année universitaire 2006-2007 pour la première année (M1). Deux modules de la seconde année sont ouverts.

Terrains de stages

EA3279 (évaluation hospitalière ; mesure de la santé perçue coordonné par le Pr R. Sambuc), IFR134 (sciences humaines économiques et sociales d'Aix-Marseille coordonné par le Pr J.-P. Moatti), UMR 379 (épidémiologie et sciences sociales appliquées à l'innovation médicale, dirigé par le Pr J.-P. Moatti).

Six spécialités en parcours professionnel

- P1 : Encadrement des organisations de santé (B. Devictor)
  M1 ouvert pour l'année universitaire 2006-2007
- P2 : Prévention et éducation pour la santé (X. Thirion)
  M1 ouvert M2 ouverts pour l'année universitaire 2006-2007
- P3 : Qualité et gestion des risques en santé (S. Gentile et I. Pouliquen)
  M1 et M2 ouverts pour l'année universitaire 2006-2007
- P4 : Système de santé dans les pays en développement (J. Delmont, H. Balique)
  M1 et M2 ouverts pour l'année universitaire 2006-2007
- P5 : Gestion et ingénierie des réseaux sanitaires et sociaux (P. Auquier, R. Fouchet)
  M1 et M2 ouverts pour l'année universitaire 2006-2007
- P6 : Handicap et santé (A. Delarque, J.-M. Viton)
  M1 et M2 ouverts pour l'année universitaire 2006-2007

Débouchés

Les parcours professionnalisés donnent aux étudiants les compétences leur permettant d'exercer des métiers d'encadrement et d'expertise, notamment dans des domaines en extension, comme la prévention et l'éducation pour la santé :

- des postes à responsabilité les organisations hospitalières et socio-sanitaires (responsable qualité, responsable de la gestion des risques)
- des fonctions d'expertise dans les organismes de santé publics ou privés (hôpitaux, établissements socio-sanitaires, agences régionales de l'hospitalisation, organismes de protection sociale, caisses d'assurance maladie…),
- des fonctions d'encadrement, surtout dans le secteur privé (établissements sanitaires privés, laboratoires pharmaceutiques, industrie pharmaceutique)
- des fonctions d'organisation et de coordination (coordination des réseaux de soins, de programmes d'action sanitaire dans des pays en développement)
- professionnels de l'insertion (spécialité P6) dans les organisations publiques ou les associations touchant au domaine du handicap.

Coordonnées

Faculté de Médecine
Mme Élisabeth Auzière
27 boulevard Jean Moulin
13385 Marseille cedex 05
Téléphone : 04 91 32 44 72 à 75
Courriel : elisabeth.auziere@medecine.univ-mrs.fr
www.timone.univ-mrs.fr/medecine/enseignement/censeignement.html

économie de la santé

Le calcul économique en santé. Méthodes et analyses critiques
Didier Castiel
Rennes, Éditions ENSP, juillet 2004, 175 p., 29 euros.

Didier Castiel, économiste de la santé, maître de conférences en sciences économiques à l'UFR Santé, médecine et biologie humaine de l'Université Paris 13 et ancien enseignant chercheur à l'École nationale de la santé publique, propose dans cet ouvrage précurseur des outils indispensables aujourd'hui. L'action combinée du développement des technologies qui peuvent devoir être justifiées, du vieillissement et de la précarisation de la population, de la crise des finances publiques et des attentes grandissantes de la population oblige les gouvernements et les établissements de santé à contrôler explicitement la croissance des coûts, en continuant à garantir à toute la population un accès équitable à des services de qualité. Ce livre majeur est une clé pour favoriser, non seulement des soins de qualité et efficients lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, mais aussi pour promouvoir des politiques de santé adaptées aux contraintes économiques.

Dans une première partie, appelée « Campons le décor », l'auteur pose le cadre et le contexte historique de l'évaluation économique en santé. Les parties « Évaluer l'efficacité des actions de santé », « Évaluer le coût des actions de santé », « Mettre en rapport le coût et le résultat » et « Mise en perspectives : vers un outil d'allocation des ressources dans les systèmes de santé » apportent notamment les éléments pour ensuite réaliser ces travaux pour toute action de santé, actes médicaux, chirurgicaux et obstétriques, mais aussi plans ou programmes de santé. Cet ouvrage didactique, articulé autour de 25 fiches pédagogiques, propose de nombreux exemples et exercices avec leurs corrigés.

« Le calcul économique en santé. Méthodes et analyses critiques » intéressera aussi bien les chercheurs, experts que les professionnels de santé et de santé publique, ou encore les décideurs de notre système de santé.

Pierre-Henri Bréchat

psychiatrie

Le service social en psychiatrie
Sous la coordination d'Annie Cartier,
Rennes, Éditions ENSP, décembre 2005, 171 pages, 22 euros.

Les auteurs de cet ouvrage sont issus du Groupe d'études et de recherches sur le service social en psychiatrie (GERSSP), créé en 1985 à l'initiative de la direction générale de la Santé. Un premier chapitre rappelle la naissance du service social psychiatrique en 1920, son essor et son développement jusqu'à la situation actuelle. Les auteurs insistent dans le second chapitre sur l'importance du travail en réseau. En effet, les principes qui ont présidé à l'organisation de la sectorisation psychiatrique et inspiré la politique de santé mentale en France ont toujours reposé sur les notions de liaison, coordination, concertation, complémentarité, d'information, de collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire, permettant de développer et d'assurer des actions de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion des malades mentaux. Dans ce contexte, le travail en réseau a toujours été présenté comme un outil indispensable pour conduire ces missions : c'est au cœur de l'équipe soignante que l'assistant social (seul professionnel ayant une formation relevant du champ social) peut remplir un rôle de médiateur en facilitant le lien social entre le patient (en le représentant dans son cadre de vie) et le corps soignant (médecin et infirmier). Dans les troisième et quatrième chapitres, les auteurs décrivent plus particulièrement la contribution du travail social en psychiatrie générale et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, avant d'aborder dans le dernier chapitre l'évolution de la profession liée à de nouveaux enjeux de formations et de nouvelles compétences…

retraite et société

Aspects économiques du vieillissement
Caisse nationale d'assurance vieillesse
Paris, La Documentation française, Retraite et société, *n° 47, janvier 2006, 19 euros.*

La revue *Retraite et société* présente un numéro sur les différents aspects économiques du vieillissement. Dans la plupart des pays industrialisés, les pouvoirs publics incitent, par un encouragement fiscal, à l'épargne retraite. Le premier article aborde l'efficacité des traitements fiscaux de l'épargne retraite en les comparant avec ceux de l'assurance-vie et explique les avantages et les inconvénients de chacun des modes de taxation ou d'allégement. Puis une étude comparée sur les effets du vieillissement en Allemagne et dans l'ensemble des pays de l'OCDE conclut à une corrélation entre vieillissement et budget de l'État. Les deux articles suivants s'intéressent au style de vie lié au vieillissement, en particulier au logement des retraités, dont le confort et la taille évoluent avec l'âge (ajustements pour une habitation plus adaptée en raison des capacités physiques). L'enquête européenne Share (Survey on health, ageing and retirement in Europe) vient à l'appui de ces études en donnant les premiers résultats des informations recueillies en France et dans d'autres pays européens. Ces informations portent à la fois sur la retraite, les activités des retraités, leur état physique, leur environnement, leur situation pécuniaire, tant en termes de patrimoine que de revenu…

solidarités

Solidarités familiales
Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, ministère de la Santé et des Solidarités
Paris, La Documentation française, Revue française des Affaires sociales, *n° 4, octobre-décembre 2005, janvier 2006, 18 euros.*

Depuis les années quatre-vingt-dix, un courant de recherches s'est développé sur les solidarités familiales qui recouvrent un vaste champ intéressant aussi bien les juristes, les anthropologues, les sociologues que les économistes. La *Revue française des Affaires sociales* consacre un dossier à ce thème : le premier axe présente les formes d'entraide au sein de la parenté comme celui des transferts intergénérationnels des parents vers les enfants (donations, héritages, accès facilité à la propriété du logement), ou celui du comportement des jeunes adultes, enfants de parents séparés, qui se prennent en main pour être plus tôt autonomes. Des réflexions sur les enquêtes européennes traitant des solidarités familiales reflètent également la diversité des liens familiaux, très différenciés selon les catégories sociales. Selon les pays, les préoccupations des experts peuvent privilégier certains aspects de solidarités familiales plutôt que d'autres (relations au sein du couple, aide aux personnes âgées ou aide aux personnes souffrant de handicaps). Le deuxième axe de réflexion porte sur les solidarités encadrées et mises en forme par la loi : solidarité dans les couples, obligations alimentaires, formes spécifiques de protection des parents âgés (protection juridique), recours aux établissements publics de santé contre les débiteurs alimentaires, barème de pension alimentaire pour l'entretien des enfants en cas de divorce… Ce dossier montre ainsi la complexité des multiples intrications entre les solidarités familiales mises en œuvre par le droit civil et le droit de la protection sociale.

travail social

L'intervention sociale, un travail de proximité. Rapport annuel de l'Igas 2005
Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement, ministère de la Santé et des Solidarités
Paris, La Documentation française, Inspection générale des affaires sociales, Igas, janvier 2006, 408 pages, 26 euros.

L'Inspection générale des affaires sociales a retenu, pour son rapport de 2005, le thème de l'intervention sociale dont elle estime que «*les représentations succinctes qui accompagnent souvent la relation médiatique des faits divers ne sauraient rendre compte des subtilités d'organisation et de fonctionnement de ce secteur, ni de la réalité du travail exercé au jour le jour par les intervenants sociaux*». Ainsi, ce rapport s'efforce de donner un éclairage plus nuancé sur ce vaste secteur. La première partie du rapport est consacrée à la description de l'intervention sociale, ses origines, sa place et sa légitimité auprès des personnes en difficulté pour les aider à devenir des usagers acteurs. La deuxième partie analyse les changements et les mutations que rencontrent les travailleurs sociaux dans un environnement et dans un contexte d'évolution sociologique de plus en plus complexes et qui ne leur sont plus familiers. Dans le nouveau cadre de la décentralisation, la troisième partie expose, à partir de l'observation des pratiques sur le terrain, la difficulté d'organiser des actions sociales de proximité dans la continuité par manque de coordination. Face à des situations complexes qui demandent l'intervention de plusieurs domaines (aide sociale à l'enfance, justice, secteur de pédopsychiatrie…), les prises de décision sont souvent difficiles et, faute d'une mobilisation de tous les partenaires, ne sont pas mises alors en œuvre… La dernière partie présente des recommandations sur l'intervention sociale de proximité en soulignant la nécessité de rompre avec les cloisonnements qui nuisent à son efficacité et d'intervenir dans une action globale et mobilisatrice auprès des usagers.

santé

Baromètre santé 2005 : premiers résultats
Philippe Guilbert et Arnaud Gautier (dir.)
Éditions Inpes, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, mars 2006, 170 pages, 18 euros.

Au fil des années, les Baromètres santé se sont imposés comme outils de référence pour les acteurs et décideurs de la santé publique souhaitant approfondir leurs connaissances sur les comportements et attitudes des Français en matière de santé : consommation de tabac, d'alcool, usage de drogues illicites, vaccination, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, santé mentale, qualité de vie, etc. De la synthèse des résultats

droits du patient

Le consentement : droit nouveau du patient ou imposture ?
Jean-Paul Caverni et Roland Gori (dir.)
Paris, Éditions In press, collection Champs libres, décembre 2005, 209 pages, 25 euros.

Le patient doit signer un consentement avant tout examen clinique ou complémentaire et avant toute intervention médicale, pour lesquels il doit être informé des risques qu'il encourt… Le concept du consentement du malade pose des questions aussi bien du point de vue éthique (garant du respect de la personne) que juridique (le consentement évite-t-il les préjudices ?). De ce fait, ces questions requièrent une confrontation

du Baromètre santé 2005, il ressort que les Français déclarent être bien informés sur le tabac, l'alcool et le sida, mais qu'en revanche ils se sentent moins informés concernant les thèmes environnementaux tels que la pollution de l'eau et de l'air. Les accidents de la circulation et le cancer restent les principales craintes des Français âgés de 12 à 75 ans. Par ailleurs, l'enquête souligne que si l'étude des chiffres 2004-2005 permet de faire apparaître des évolutions de comportements favorables (par exemple, en matière de prévention des accidents de la vie courante ou en matière de dépistage du cancer), certains comportements restent à améliorer (en particulier en matière de consommation d'alcool excessive, des actes de violence, de la pratique dans le domaine des vaccinations…). L'enquête révèle également une spécificité masculine en matière de comportements nuisibles à la santé et remarque que les populations les plus vulnérables ont profité inégalement des progrès accomplis depuis cinq ans en matière de santé.

transdisciplinaire réunissant philosophes, juristes, universitaires ou magistrats, médecins, praticiens hospitaliers, chercheurs en sciences humaines et sociales, psychanalystes, dont cet ouvrage reflète les différents regards.

BRÈVES EUROPÉENNES

20 décembre 2005

Grippe aviaire

Adoption d'une directive par le Conseil de l'Europe qui actualise les mesures de l'Union européenne concernant la lutte contre la grippe aviaire et qui doit, par ailleurs, assurer une gestion plus rapide des foyers lorsque cette maladie se déclare. Cette directive apporte des mesures complémentaires de lutte contre les virus faiblement pathogènes pour empêcher qu'ils ne mutent en formes hautement pathogènes, responsables alors d'épidémies affectant non seulement les volailles mais les autres oiseaux et susceptibles de porter atteinte à la vie humaine. Cette directive permet également une plus grande souplesse pour vacciner les oiseaux.

13 janvier 2006

Aide de 80 millions d'euros pour combattre la grippe aviaire

La Commission européenne octroie une aide de 80 millions d'euros pour combattre la propagation du virus de la grippe aviaire dans les pays tiers, principalement asiatiques. Cette aide s'ajoute aux contributions des États membres de l'UE et entre dans le montant total promis par l'ensemble des donateurs participant à la conférence internationale des donateurs à Pékin des 17 et 18 janvier 2006. Cette conférence rassemble plus de 90 pays et 25 organisations, dont l'OMS, l'Organisation internationale des épizooties (OIE) et l'Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)…

2 février 2006

Plate-forme européenne d'information sanitaire

Le projet « Plate-forme européenne d'information sanitaire », connu également sous le nom de « la santé en Europe », lancé par la Commission, doit répondre à un besoin à la fois d'information de qualité et de plus grande diffusion sur les questions de santé. Ce projet multimédia, cofinancé à hauteur de 1,4 million d'euros, rassemble les chaînes de télévision et de radio de toute l'Europe par l'intermédiaire de l'Union européenne de radiotélévision. Grâce à ce réseau, ce projet a pour but de favoriser l'échange de reportages et d'informer en permanence non seulement les publics, mais aussi les professionnels de la santé, sur les questions de santé publique.

26 et 27 janvier 2006

Lutte antidrogue

La Commission européenne a organisé à Bruxelles un forum de deux journées, intitulé « Société civile et drogue », pour améliorer la communication avec la société civile sur les problèmes de drogue au niveau européen. En effet, la consommation de drogues atteint des records catastrophiques (2 millions de consommateurs problématiques et près de 8000 personnes meurent chaque année d'une overdose). Il est prévu en 2006 la publication d'un livre vert sur le sujet « drogue et société civile dans l'Union européenne ».

8 et 9 février 2006

Briquets de sûreté

La Commission présente une proposition de décision aux États membres pour imposer aux fabricants et aux importateurs de doter les briquets d'une sûreté pour enfants. Une norme européenne existe depuis 2002, mais elle n'est appliquée ni par les producteurs ni par les importateurs. Par ailleurs, le surcoût de cette mesure reste modeste (4 centimes d'euro) et peut sauver des enfants d'accidents parfois mortels. Une étude américaine a montré que les accidents et les incendies provoqués par des enfants jouant avec des briquets avaient chuté de 60 % après le vote législatif du Congrès sur les briquets de sûreté. Cette proposition devrait aboutir en Europe à une nouvelle législation sur la sûreté des briquets qui existe déjà aux États-Unis, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

21 février 2006

Suppression du mercure dans les thermomètres médicaux

La Commission européenne propose de remplacer le mercure dans les thermomètres médicaux, les baromètres et les tensiomètres par des solutions de rechange car, devant l'importance de son emploi, il risque de devenir un réel danger pour la santé (on estime que 33 tonnes de mercure sont employées chaque année pour des appareils de mesure dans l'Union européenne). En effet, lorsque le mercure et ses composés entrent dans le flux des déchets, ils se transforment en méthylmercure et deviennent particulièrement toxiques pour les écosystèmes, la faune sauvage et les humains.

maladies rares

European Conference on Rare Diseases
Eurordis, European Conference on Rare Diseases, Luxembourg 21-22 juin 2005, 175 pages.

Le Luxembourg a organisé une conférence européenne sur les maladies rares qui concernent plus de 30 millions d'Européens. Elle a réuni des chercheurs, des cliniciens, des experts en santé publique, des industriels de la pharmacie et aussi des malades et des associations représentatives pour confronter leurs connaissances et améliorer les soins. Ont été abordés le retard des diagnostics, l'évaluation des initiatives pour améliorer les soins, la coopération et le travail commun pour améliorer la recherche, le traitement avec des médicaments orphelins… D'autres questions concernant la reconnaissance des maladies rares par les États membres ont montré l'étendue du chantier à mettre en œuvre, malgré de réelles avancées : règlement en faveur des médicaments orphelins, projet législatif concernant les médicaments pédiatriques, réseaux de spécialistes, initiatives nationales concernant les maladies rares placées en priorité dans certains États membres, implication de la Commission européenne…

responsabilité politique

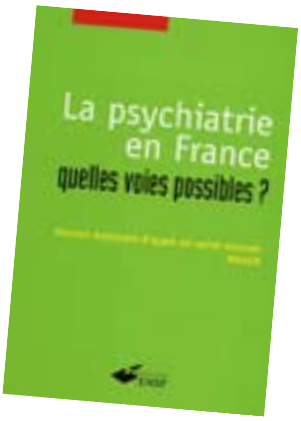
Comment tuer l'État : précis de malfaçons et de malfaisances
Claude Got
Paris, Éditions Bayard, août 2005, 208 pages, 19 euros.

L'auteur, Claude Got, professeur de médecine et expert de la prévention du risque sanitaire, analyse dans cet ouvrage les mécanismes de l'erreur pour prévenir les dommages évitables et empêcher le refuge dans la doctrine (proche du dogmatisme) ou le refus d'agir au nom du libre arbitre et de l'individualisme (prétexte à une certaine irresponsabilité). Identifier les défauts n'est pas une méthode passive et permet de progresser dans l'évaluation pour éviter les malfaçons ou le manque de savoir-faire et en tirer des leçons… La crédibilité du pouvoir politique passe, pour l'auteur, par une aptitude à sortir d'une certaine démagogie, à prendre position et à traduire en actes des choix de société qui engagent l'avenir. Des exemples concrets, reflétant certains dysfonctionnements du pouvoir politique (canicule de l'été 2003, arrêt Perruche, négligence du risque lié à l'amiante…), viennent à l'appui de ses observations.

psychiatrie

La psychiatrie en France : quelles voies possibles ?
Mission nationale d'appui en santé mentale,
Rennes, Éditions ENSP, novembre 2005, 94 pages, 12 euros.

Ces dix dernières années, la psychiatrie en France a connu des transformations dues à plusieurs facteurs : l'explosion de la demande avec un phénomène de masse (62 % d'augmentation des files actives en 11 ans, 100 % en psychiatrie infanto-juvénile), un changement de paradigme (de la psychiatrie vers la santé mentale) et la montée en puissance des usagers et des représentants des familles. Au-delà de ces changements, des problèmes nouveaux se sont imposés, comme celui des détenus malades mentaux, des personnes âgées et du handicap psychique… Face à ces transformations, la Mission nationale d'appui en santé mentale, créée en 1993, a tenté de trouver des outils susceptibles d'apporter des réponses dans le contexte d'un dispositif cohérent de santé mentale, offrant une palette assez large de services sanitaires et sociaux.



Lutte contre l'alcoolisme : rapport

L'article 42 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que « *le gouvernement remette au Parlement un rapport avant le 30 juin 2005 sur les conditions de création d'États généraux de la lutte contre l'alcoolisme* ». Cette disposition législative a été adoptée dans le souci de mobilisation générale sur ce problème majeur de santé publique. Les travaux et auditions qui ont permis d'élaborer ce rapport ont été conduits sous la présidence d'Emmanuèle Jeandet-Mengual, inspectrice générale des Affaires sociales, par un comité de pilotage interministériel. Ces états généraux vont permettre, à partir du printemps 2006, d'offrir un débat citoyen dans un contexte de prévention, sur l'alcoolisme comme sur le tabac et sur l'obésité.
Rapport : Bertrand *et al*. ministère de la Santé et des Solidarités, inspection générale des Affaires sociales, 2005.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000765/index.shtml

Prise en charge de la psychopathie

Les 15 et 16 décembre 2005, la Haute Autorité de santé a organisé, au ministère de la Santé et des Solidarités, une audition publique sur la « Prise en charge de la psychopathie » à la demande de la direction générale de la Santé et de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Les psychopathes se caractérisent essentiellement par des comportements antisociaux reflétant des troubles de la personnalité, qui parfois peuvent s'avérer dangereux : troubles de l'identification, narcissisme, déficit au plan émotionnel, vulnérabilité et dépendance face aux conduites addictives, agressivité

envers autrui (tentatives d'homicides, de coups et blessures), comportements provocateurs ou troubles anxieux avec menaces de suicide… Ces deux journées ont montré l'étendue de la problématique de la prise en charge de la psychopathie qui, dépassant le seul champ de la psychiatrie, doit également s'appuyer sur un travail clinique et socio-éducatif très important.
www.has-sante.fr choix **Publications**

Grippes

Ce dossier est divisé en trois parties : la grippe aviaire, ou grippe du poulet (maladie animale qui se transmet très rarement à l'homme en contact avec des volailles), la préparation de la France à une éventuelle pandémie grippale (maladie humaine qui pourrait être occasionnée par un virus d'origine aviaire devenu très contagieux pour l'homme) et la grippe saisonnière, maladie observée en France chaque hiver et qui est responsable de 1 000 à 7 000 décès.

Pour donner des informations plus précises, notamment aux voyageurs, le ministère de la Santé et des Solidarités a mis en place un numéro d'appel : Info'Grippe Aviaire, 0 825 302 302 (liste des pays touchés par cette maladie, recommandations sanitaires).

Pour un dossier plus complet (actualités, communiqués de presse, informations à destination du grand public, informations à destination des professionnels de santé, outils de formation, historique…) consulter :
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe_aviaire/sommaire.htm

Répertoire des médicaments génériques

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'Afssaps, fait régulièrement la mise à jour de systèmes d'information sur le médicament, grâce à des fichiers issus de sa base de données du répertoire des groupes génériques. La dernière décision du 19 janvier 2006 de l'Afssaps permet d'apporter des modifications au répertoire des groupes génériques.
http://afssaps.sante.fr/htm/5/generiq/generiq.htm

Carnet et certificats de santé de l'enfant : nouveaux modèles

Le 13 décembre 2005, le ministère de la Santé et des Solidarités a publié les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé en vigueur depuis le 1er janvier 2006. Ce carnet doit faire le lien entre les professionnels de santé et les familles pour être au service de la prévention et de l'éducation à la santé des enfants et des adolescents. La nouvelle présentation donne des repères sur le développement de l'enfant en fonction de son âge et sur les signes éventuels de troubles précoces sensoriels (vue et audition), de troubles de langage ou de relation qu'il peut rencontrer… Par ailleurs, des pages spécifiques liées à certains problèmes de santé ont été insérées concernant les allergies, les pathologies chroniques, les examens bucco-dentaires de prévention… La place de la prévention a été renforcée par des messages spécifiques accompagnés d'illustrations : conseils aux parents pour les nourrissons, conduites à tenir devant un enfant malade, prévention des accidents de la vie courante, repères du Programme national nutrition santé (PNNS), messages ciblés adressés aux adolescents, meilleure lisibilité des pages vaccination.

Les trois certificats de santé, supports de suivi individuel et épidémiologique des enfants, sont remplis par le médecin qui les adresse ensuite au service départemental de Protection maternelle et infantile (PMI). Ces certificats de santé, correspondant aux examens pratiqués dans les huit jours suivant la naissance, au cours du neuvième et du vingt-quatrième mois, sont également disponibles sur le site du ministère ainsi qu'un guide pratique à destination des professionnels de santé concernés.
www.sante.gouv.fr.

Tableau de bord des infections nosocomiales : Icalin

Le lundi 6 février 2006, le ministre de la Santé et des Solidarités a présenté un indicateur qui mesure les efforts réalisés (résultats de 2004) par les établissements de santé pour lutter contre les infections nosocomiales contractées à l'hôpital. Ce tableau de bord, intitulé « Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales, Icalin », est accessible sur le site Internet du ministère. Il distingue 13 types d'établissements (CHU, cliniques…) qu'il répartit en 5 niveaux : de A (le meilleur) à E (le plus faible). Chaque niveau correspond au niveau d'organisation et de moyens mis en œuvre pour lutter contre les infections. Icalin vise avant tout à permettre un suivi dans le temps de l'amélioration des efforts entrepris par les hôpitaux, sachant que l'objectif national de lutte contre les infections nosocomiales est de disposer d'un tableau de bord complet dans tous les établissements de santé en 2008.
http://www.sante.gouv.fr/icalin/accueil.htm

Les rubriques *Brèves européennes*, *Lectures*, *Lois et réglementation* et *En ligne* ont été rédigées par Antoinette Desportes-Davonneau, sauf mention spéciale.

soins palliatifs, fin de vie

Contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs
Décret n° 2006-122 du 6 février 2006, JO du 7 février 2006.

Les établissements d'hébergement de personnes âgées et de personnes handicapées doivent définir le contenu de leur projet pour assurer les soins palliatifs et la formation spécifique des personnels. Ce projet est élaboré par le directeur et le médecin coordinateur, en concertation avec les professionnels de l'établissement.

Droits des malades et volonté de fin de vie : directives anticipées
Décret n° 2006-119 du 6 février 2006, JO du 7 février 2006.

Ce décret indique dans quelles conditions et sous quelle forme un malade peut rédiger les directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 (documents écrits, datés et signés par lui) attestant sa volonté de fin de vie. Ces directives, valides trois ans, renouvelables par décision de l'auteur, peuvent être modifiées ou révoquées par simple décision.

Droits des malades et fin de vie : procédure collégiale
Décret n° 2006-121 du 6 février 2006, JO du 7 février 2006.

Un médecin doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles sur un malade en fin de vie. Il ne peut cependant décider d'arrêter les traitements sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale avec l'équipe de soins. La décision prend en compte les souhaits que le patient a antérieurement exprimés (directives anticipées).

établissements de soins

Conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique
Décret n° 2006-74 du 24 janvier 2006, JO du 26 janvier 2006.

Le présent décret complète le précédent en indiquant le profil et la composition des équipes médicales, qui doivent assurer la permanence médicale en réanimation pédiatrique et la surveillance continue pédiatrique.

Soins de réanimation dans les établissements de santé
Décret n° 2006-72 du 24 janvier 2006, JO du 26 janvier 2006.

Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance. Un décret en date du 24 janvier 2006 rappelle que cette activité de soins s'exerce en réanimation adulte, en réanimation pédiatrique et en réanimation pédiatrique spécialisée. C'est dans ces deux dernières réanimations que le Code de la santé publique est modifié (dispositions réglementaires) par l'insertion de deux sous-sections concernant les conditions d'autorisation, les missions des unités de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée, ainsi que les missions de la surveillance pédiatrique continue, médicale et chirurgicale.

Conditions d'implantation applicables aux activités de soins de chirurgie cardiaque
Décret n° 2006-77 du 24 janvier 2006, modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires), JO du 27 janvier 2006.

Un décret en date du 24 janvier 2006 précise les conditions d'autorisation d'implantation permettant aux établissements de santé de pratiquer l'activité de soins de chirurgie cardiaque pédiatrique et de soins de chirurgie cardiaque pour les patients adultes.

Conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de soins de chirurgie cardiaque
Décret n° 2006-78 du 24 janvier 2006, modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires), JO du 27 janvier 2006.

Le présent décret complète le précédent en indiquant les conditions techniques générales et nécessaires qui s'appliquent aux unités d'hospitalisation de chirurgie cardiaque ainsi que celles qui sont spécifiques aux structures dédiées à la chirurgie cardiaque pédiatrique.

recherches sur l'embryon

Recherche sur l'embryon et les cellules embryonnaires
Décret n° 2006-121 du 6 février 2006, JO du 7 février 2006.

Le directeur général de l'Agence de la biomédecine peut autoriser un protocole de recherche sur l'embryon ou sur les cellules embryonnaires pour une durée déterminée, qui ne peut excéder cinq ans. Ces recherches ne peuvent être autorisées que lorsqu'elles poursuivent une visée thérapeutique pour le traitement de maladies particulièrement graves ou incurables, ainsi que pour le traitement des affections de l'embryon ou du fœtus.

produits de santé

Importation des produits sanguins labiles et des pâtes plasmatiques
Décret n° 2006-215 du 22 février 2006, JO du 24 février 2006.

L'importation en France des produits sanguins labiles et des pâtes plasmatiques destinés à la préparation de produits de santé est subordonnée à une autorisation préalable délivrée par le directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Un décret en date du 22 février 2006 précise les conditions dans lesquelles l'importation des produits doit s'opérer.

étrangers malades

La commission médicale régionale et les étrangers malades
Décret n° 2006-231 du 27 février 2006 relatif à la commission médicale régionale prévue au 11° de l'article L. 313-11 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et modifiant le décret n° 46-1574 du 30 juin 1946, JO du 28 février 2006.

Un étranger malade résidant en France peut recevoir une carte de séjour temporaire (sous réserve qu'il ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine et après avis du médecin inspecteur de santé publique ou, à Paris, du médecin chef du service médical de la préfecture de police) et être convoqué pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale. Cette commission est composée de quatre membres (deux médecins et deux praticiens hospitaliers) nommés pour une durée de trois ans renouvelable. Après avoir entendu l'étranger malade, la commission rend un avis sur son état de santé et sur les traitements rendus nécessaires par son état.

Europe

santé publique

Adoption du programme de travail 2006 pour la mise en œuvre du programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique (2003-2008), y compris le programme annuel en matière de subventions.
Décisions de la Commission du 10 février 2006, JOUE du 14 février 2006.

Cette décision éclaircit la ligne d'action et le contexte juridique du plan de travail 2006 et définit de nouvelles priorités pour l'information en matière de santé, les menaces pour la santé et les déterminants de la santé, les mécanismes de coopération avec les organisations internationales, l'allocation des ressources avec la vue d'ensemble du budget…

environnement

Mesures transitoires concernant la collecte, le transport, le traitement, l'utilisation et l'élimination des anciennes denrées alimentaires
Règlement (CE) n° 197/2006 de la Commission du 3 février 2006 portant des mesures transitoires, en vertu du règlement (CE) n° 1774/2002, JOUE du 4 février 2006.

Certaines anciennes denrées alimentaires, telles que le pain, les pâtes, les pâtisseries et les produits similaires, présentent peu de risques pour la santé publique ou animale pour autant qu'elles n'aient pas été en contact avec des matières premières d'origine animale telles que de la viande crue, des produits de la pêche crus, des œufs crus ou du lait cru. En l'absence de tels

contacts, l'autorité compétente doit être autorisée à permettre l'utilisation des anciennes denrées alimentaires, si cela n'offre aucun risque pour la santé publique ou animale, comme matières premières des animaux ou comme engrais, ou éliminées d'une autre manière (usine de compostage ou de production de biogaz). Le présent règlement indique les conditions dans lesquelles doivent être faits la collecte, le transport, le traitement, l'utilisation et l'élimination des anciennes denrées alimentaires.

Création d'un registre européen des rejets et des transferts de polluants, et modifiant les directives 91/689/CEE et 96/61/CE du Conseil.
Règlement (CE) n° 166/2006 du Parlement européen et du Conseil du 18 janvier 2006, JOUE *du 4 février 2006.*

Le sixième programme d'action communautaire pour l'environnement adopté en 2002 a pour but de donner au public une meilleure connaissance de l'environnement par rapport aux tendances économiques, sociales ou en matière de santé et à accroître d'une manière générale sa sensibilisation à l'environnement. Les registres des rejets et des transferts de polluants, dénommés PRTR, constituent un outil d'un bon rapport coût/efficacité pour promouvoir l'amélioration des performances environnementales et faciliter l'accès du public aux informations concernant les rejets de polluants et les transferts de polluants et de déchets hors des sites. Le présent règlement instaure un registre intégré des rejets et des transferts de polluants au niveau communautaire, dénommé PRTR européen, sous la forme d'une base de données électronique accessible au public et définit les règles relatives à son fonctionnement.

Qualité des eaux de baignade
Directive 2006/7/CE du Parlement européen et du Conseil du 15 février 2006 concernant la gestion des eaux de baignade et abrogeant la directive 76/160/CEE, JOUE *du 4 mars 2006.*

L'eau est une ressource naturelle rare dont il faut protéger, défendre, gérer et traiter comme telle la qualité. Les eaux de surface, en particulier, sont des ressources renouvelables dont la capacité de restauration restent limitées après des effets négatifs résultant d'activités humaines. Pour favoriser une utilisation plus efficace et sage des ressources, la présente directive est étroitement liée à la gestion communautaire sur l'eau. Quoique la qualité des eaux de baignade se soit considérablement améliorée depuis l'entrée en vigueur de la directive 76/160/CEE, les modes d'utilisation des eaux de baignade ont changé depuis les années soixante-dix et les connaissances techniques et scientifiques ont évolué. Cette directive, en abrogeant celle de 1976, vise à préserver, à protéger et à améliorer la qualité de l'environnement ainsi qu'à protéger la santé humaine, en complétant la directive 2000/60/CE.

dons d'organes

Application par la directive 2006/17 de la directive 2004/23/CE du Parlement européen et du Conseil concernant certaines exigences techniques relatives au don, à l'obtention et au contrôle de tissus et de cellules d'origine humaine.
Directive 2006/17/de la Commission du 8 février 2006, JOUE du 9 février 2006.

Pour prévenir la transmission de maladies par les tissus et cellules d'origine humaine destinés à des applications humaines et pour assurer un niveau équivalent de qualité et de sécurité, la directive 2004/23/CE préconise d'établir des exigences techniques spécifiques pour chacune des étapes du processus de préparation de tissus et de cellules d'origine humaine. La présente directive est fondée sur l'expérience internationale acquise par le biais d'une vaste consultation et est conforme aux principes fondamentaux énoncés dans la charte européenne des droits fondamentaux. Elle présente les mesures et exigences techniques relatives au don, à l'obtention et au contrôle de tissus et de cellules d'origine humaine, conformes à l'avis du comité établi en vertu de la directive 2004/23/CE.

influenza aviaire

Mesures de protection relatives à l'influenza aviaire hautement pathogène chez les volailles dans la Communauté
Décision de la Commission du 22 février 2006, JOUE *du 23 février 2006.*

L'influenza aviaire est une maladie virale infectieuse des volailles et des oiseaux, qui entraîne une mortalité et des perturbations susceptibles de prendre rapidement des proportions épizootiques de nature à compromettre gravement la santé animale et à réduire fortement la rentabilité de l'aviculture. Dans certaines circonstances, la maladie peut également présenter un risque pour la santé humaine. Compte tenu du risque particulier et de la situation épidémiologique en ce qui concerne l'influenza aviaire hautement pathogène, et des conséquences économiques importantes dans des zones à forte densité de population avicole, des mesures supplémentaires se sont avérées indispensables. Ces mesures visent à renforcer les mesures locales de contrôle, à régionaliser l'État membre concerné en séparant la partie du territoire touchée par la maladie de celle restée indemne, et à rassurer le secteur avicole et les partenaires commerciaux en ce qui concerne la sécurité des produits expédiés de la partie indemne du pays.

santé et sécurité au travail

Spécifications du module *ad hoc* pour 2007 adoptées par le règlement (CE) n° 341 de la Commission du 24 février 2006 concernant les accidents du travail et les problèmes de santé liés au travail prévu par le règlement (CE) n° 577/98 du Conseil et modifiant le règlement (CE) n° 384/2005.
Règlement (CE) n° 341/2006 de la Commission du 24 février 2006, JOUE *du 25 février 2006.*

La résolution n° 2002/C 161/01 du Conseil du 3 juin 2002 concernant une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail 2002-2006 a invité la Commission et les États membres à intensifier les travaux en cours visant à harmoniser les statistiques sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Cela doit permettre de disposer de données comparables permettant d'évaluer avec objectivité l'impact et l'efficacité des mesures adoptées dans le cadre de la nouvelle stratégie communautaire. La liste détaillée des renseignements à collecter par le module *ad hoc* sur les accidents de travail et les problèmes de santé liés au travail figure en annexe du présent règlement.

Marseille
Du 5 au 7 juillet 2006

Milieux de vie et santé : quelles pratiques interdisciplinaires ?
Journées organisées par la Société d'écologie humaine
Renseignements
Daniel Bley
Desmid-Umr Espace
Téléphone : 04 90 93 86 66
Courriel : danielbley@aol.com

Paris
Le 30 août 2006

Forum Asprocop : santé et développement
Journée organisée par les professionnels de santé en coopération (Asprocop)
Renseignements
Asprocop
15/21, rue de l'École-de-Médecine
75006 Paris
Téléphone : 01 43 26 88 21
Courriel : asprocop@asprocop.org
Site : www.asprocop.org

Dijon
Les 30 août et 1er septembre 2006

Congrès d'épidémiologie
Journées organisées par l'Association des épidémiologistes de langue française (Adelf) en collaboration avec Epiter
Renseignements
Site : www.adelf.isped.u-bordeaux2.fr

Paris
Du 2 septembre au 6 septembre 2006

Conférence internationale d'épidémiologie et d'exposition environnementales
Journées organisées par la Société internationale d'épidémiologie environnementale (ISEE), la Société internationale d'analyses des expositions (ISEA), l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE)
Renseignements
AFSSE
27-31, avenue du Général-Leclerc
94704 Maison-Alfort Cedex
Courriel : paris2006@fsse.fr
Site : www.paris2006.afsse.fr/present.html#3

Lille
Du 5 au 8 septembre 2006

Colloque international de l'Union internationale des associations pour la prévention de la pollution
Journées organisées par l'Union internationale des associations pour la prévention de la pollution atmosphérique (UIAPPA)
Renseignements
Corinne Schadkowski
APPA Nord-Pas-de-Calais
59000 Lille
Téléphone 03 20 31 71 57
Télécopie : 03 20 51 31 16
Courriel : contacts@iuappa-lilli2006.org
Site : www.iuappa-lille2006.org

Nancy
Les 21 et 22 septembre 2006

2es Assises nationales des réseaux de cancérologie
Journées organisées par le Réseau de santé en cancérologie de la région Lorraine
Renseignements
Europa organisation
5, rue Saint-Pantaléon
BP 61508
31015 Toulouse Cedex 6
Téléphone : 05 34 45 26 45
Télécopie : 05 34 45 26 46
Courriel : assisescancero2006@europa-organisation.com
Site : www.oncolor.org/actus/rp.asp

Dijon
Du 21 au 23 septembre 2006

La crise suicidaire, quelles formations pour quelles interventions ?
38es journées organisées par le Groupe d'études et de prévention du suicide (GEPS)
Renseignements
Aurélie Della Martine
RESACOR
CHS de la Chartreuse
1, boulevard Chanoine-Kir
BP 1514
21033 Dijon Cedex
Téléphone : 03 80 42 48 07
Télécopie : 03 80 42 49 61
Courriel : secretariat.resacor@chs-chartreuse.fr

Montpellier
Du 22 au 24 septembre 2006

Les pièges en neurologie
Journées organisées par l'Association des neurologues libéraux de langue française et l'Association des neurologues du Québec
Renseignements
Alliance médicale et scientifique
11, boulevard Henri-IV
34000 Montpellier
Téléphone : 04 67 64 94 14
Télécopie : 04 67 63 43 95
Courriel : mail@ams.fr
Site : www.ams.fr

Paris
Les 22 et 23 septembre 2006

Atelier d'écriture ou de senteur dans une structure de soins en alcoologie
Journées organisées par la Société française d'alcoologie
Renseignements
Princeps/SFA
64, avenue du Général-de-Gaulle
92130 Issy-les-Moulineaux Cedex
Téléphone : 06 62 19 72 15
Télécopie : 01 40 95 72 15
Courriel : princeps.gdumas@wanadoo.fr

Paris
Les 25 et 26 septembre 2006

Évaluation des pratiques professionnelles : restitution d'expériences d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) médicales et soignantes
11es Assises nationales Qualibio 2006
Renseignements
Qualibio
Gwenaël Bargain
Téléphone : 02 99 78 40 40
Télécopie : 02 99 78 32 84
Courriel : qualibio2006@aacces-qalibio.com
Site : www.assises-qualibio.com

adsp abonnement

actualité et dossier en santé publique

À photocopier ou à découper et à envoyer à
La Documentation française
124, rue Henri-Barbusse
93308 Aubervilliers CEDEX
Téléphone 01 40 15 70 00
Télécopie 01 40 15 68 00

Nom

Prénom

Profession

Adresse

Code postal

Localité

Oui, je m'abonne à **adsp** actualité et dossier en santé publique
(4 numéros par an)

☐	France	41,60 euros TTC
☐	Europe	44,50 euros TTC
☐	DOM-TOM et RP	45,00 euros HT avion éco.
☐	Autres pays	46,20 euros HT avion éco.
☐	Supplément avion	5,10 euros

☐ Le numéro 13,50 euros (à partir du numéro 24)
Participation aux frais de facturation et
de port (sauf pour les abonnements) + 3,05 euros

Ci-joint mon règlement :

☐ Par chèque bancaire ou postal à l'ordre de
M. l'agent comptable de La Documentation française.

☐ Par carte bancaire

date d'expiration ⌊⌊⌊⌊⌋

numéro ⌊⌊⌊⌊⌋ ⌊⌊⌊⌋ ⌊⌊⌊⌊⌋ ⌊⌊⌊⌊⌋

Date Signature

adsp sommaire
actualité et dossier en santé publique
juin 2005 numéro 55

éditorial

1 **Les défis de la formation en santé publique**
Roland Sambuc

actualité

4 **Agir pour la continuité des soins, le paradigme du médecin rural**
Le déficit en médecins généralistes des zones défavorisées : constat et solutions pour pallier les problèmes de répartition sur le territoire.
Pierre Chabas, Françoise Vidal-Borrossi

rubriques

régions

9 **Améliorer le pilotage du dépistage du cancer du sein : l'expérience de l'Ile-de-France**
Un groupe de travail a élaboré des outils de suivi et d'amélioration du programme de dépistage du cancer du sein.
Nadine Sannino, Marie-France d'Acremont, Marie-Claire L'Helgoualc'h, Dominique Cherasse, Céline Deschaseaux, Ludivine Etienne

La formation en santé publique
Un domaine en mutation

dossier coordonné par **Bernard Cassou** p. 15

17 Les formations en santé publique

17 **L'offre actuelle de formation en santé publique en France**
Emmanuelle Sarlon

23 **Quelques pôles structurés de formation et de recherche en santé publique**
Bernard Cassou

23 École de santé publique
Serge Briançon

24 École doctorale 420
Denis Hémon

25 L'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement
Louis Rachid Salmi

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

27 École doctorale 393
Alain Jacques Valleron

28 **L'École nationale de la santé publique à la veille de la grande transformation**
Alain Jourdain, François-Xavier Schweyer

33 **Formations en santé publique : une situation à l'étranger**
Christophe Segouin, Pierre-Henri Bréchat, Dominique Bertrand

38 La réforme : mettre en réseau les compétences

38 **Les besoins de formation en santé publique et leurs évolutions**
Alfred Spira

42 **Construire l'École des hautes études en santé publique**
Jacques Hardy

48 **Aspher : vers une accréditation européenne des formations en santé publique ?**
Thierry Louvet

49 **État actuel et perspectives de la formation universitaire en santé publique en France**
Jean-Louis Salomez, Catherine Quantin

51 tribunes

51 **Réflexion sur la formation des médecins en santé publique, treize ans plus tard**
René Demeulemeester, Michel Dépinoy

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

56 **L'Isped : bilan de dix-sept ans d'activité d'un pionnier**
Roger Salamon

59 **Recherche et formation en santé publique : des liens à renforcer**
Gérard Bréart

61 **Formation des médecins territoriaux : création d'un pôle de compétences en santé**
Pierre Micheletti

63 **Place et rôle de la formation en santé publique dans les réformes du système de santé**
Jean de Kervasdoué

rubriques

études

66 **Le dossier médical commun partagé : outil d'aide à la décision spécifique ou généraliste ?**
Élaboration d'un dossier médical partagé par les professionnels dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de cancer.
Agnès Ponge, Pierre Lombrail, Hervé Lacroix

alcoologie

69 **Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en 2000**
Évaluation du coût de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues en termes de mortalité, morbidité et de coût économique pour la société.
Philippe Fenoglio, Véronique Parel, Pierre Kopp

repères

75 **organisme**
Association latine pour l'analyse des systèmes de santé

76 **formation**
Enseignements de santé publique

77 **lectures**

79 **brèves européennes**

80 **en ligne**

81 **lois & réglementation**

84 **calendrier**

HCSP
Haut Comité de la Santé Publique
www.hcsp.ensp.fr

3 303335 300553

Prix 13,50 euros
ISSN 1771-7450.
CP : 1008 B 05201

La **documentation** Française
29-31, quai Voltaire
75344 Paris CEDEX 07

Téléphone : 01 40 15 70 00
Télécopie : 01 40 15 68 00
www.ladocumentationfrancaise.fr