



# La réforme : mettre en réseau les compétences

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

## Les besoins de formation en santé publique et leurs évolutions

### Alfred Spira

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

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

### Un système de formation qui a évolué lentement

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

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

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

Les besoins de professionnels correctement formés aux différents métiers de la santé publique, en particulier ceux qui permettent d'asseoir les décisions publiques sur des argumentations quantitatives et qualitatives adéquates et aussi peu discutables que possible, sont en croissance très rapide dans notre pays comme partout ailleurs. Face à ces nouveaux besoins, l'offre de formation est souvent mal adaptée et/ou insuffisante à l'heure actuelle. Il est donc apparu nécessaire de procéder à une analyse aussi objective que possible de l'ensemble des formations disponibles, des besoins existants et des conditions nouvelles d'exercice dans le domaine, de façon à proposer la mise en place de nouvelles modalités de formation. Cette analyse se doit de distinguer les contenus d'une part et les modalités d'organisation d'autre part. En effet, s'il est (relativement) aisé d'imaginer la création de nouveaux enseignements débouchant sur la délivrance de nouveaux diplômes, il est beaucoup plus difficile de proposer de faire évoluer la structuration du monde universitaire, qui a cette formation en charge<sup>1</sup>. La principale raison de cette difficulté tient à la résistance du système existant vis-à-vis de toute tentative d'évolution qui risquerait de modifier les équilibres de pouvoirs acquis de longue date.

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

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

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

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

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

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

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

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



## La formation en santé publique : un domaine en mutation

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

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

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

### Vers une unification ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Conclusion

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



## Construire l'École des hautes études en santé publique

**P<sup>r</sup> 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 »<sup>1</sup>.

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

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

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

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

et de recherche en santé publique est en effet plutôt pléthorique si l'on s'en tient à l'existence de plus de 150 diplômes de masters dans ce champ<sup>2</sup>, et à la diversité des acteurs de la formation (départements de santé publique dans les facultés de médecine, ENSP, Cnam, écoles d'ingénieurs et de commerce) et de la recherche qu'ils s'agissent de l'université ou des grands organismes que sont l'Inserm, le CNRS, ou l'IRD.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La question de la place de l'ENSP dans la réforme semble être sans objet puisque la loi du 9 août 2004 prévoit son intégration pure et simple dans le futur établissement<sup>4</sup>. 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<sup>5</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

d'un réseau « national favorisant la mise en commun des ressources et des activités des différents organismes publics et privés compétents »<sup>6</sup>. 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<sup>7</sup>.

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

Les différences entre ces trois catégories tiennent :

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

Les départements et les services communs, qu'elles que soient leurs fonctions, sont créés par le conseil d'administration de l'EHESP<sup>8</sup>. Les instituts sont créés par arrêté conjoint des ministres exerçant la tutelle sur l'école<sup>9</sup>.

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

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

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

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

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

6. Art. 84 et 85 de la loi précitée.

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

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

9. Art. 16 du projet de décret précité.



## La formation en santé publique : un domaine en mutation

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

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

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

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

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

Il est possible, c'était le scénario retenu par le rapport Igas/IGAENR du mois de juin 2004, d'imaginer une pure et simple insertion de l'ENSP dans l'EHESP. Gardant ses missions, son organisation, ses financements, l'actuelle école devient une composante autonome du nouvel EPSCP sur le modèle de certains instituts universitaires qui peuvent, par convention passée entre eux et l'université à laquelle ils sont administrativement rattachés, mettre à disposition ou bénéficier de la mise à disposition de certaines fonctionnalités (scolarité, service des affaires internationales, accès des étudiants aux centres de documentation, échanges de services enseignants, mise à disposition de personnels non enseignants). Un tel scénario serait sans doute très apprécié de certains milieux professionnels qui militent pour le *statu quo* en plaçant 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. »<sup>10</sup>.

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<sup>11</sup>, 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<sup>12</sup>. On peut aussi, pour ce faire, se référer aux grandes fonctions de la santé publique admise au niveau international<sup>13</sup>.

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

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

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

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

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

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

## Les fonctions de la santé publique

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

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

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

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

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

Ces hypothèses invitent donc à penser deux possibilités :

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

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

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

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



## La formation en santé publique : un domaine en mutation

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

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

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

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

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

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

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

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

### Un réseau délivrant des enseignements en santé publique

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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<sup>19</sup>.

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

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

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

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

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

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

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



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

**F**orte de ses 70 membres répartis sur toute la région Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>1</sup>, 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 »<sup>2</sup>, ou évaluation par des pairs. Il s'agit de fournir aux responsables du programme, sur la base d'un rapport d'auto-évaluation rédigé par l'établissement, suivi d'une mission sur site d'experts, un avis et éventuellement des recommandations structurées autour de neuf critères préalablement établis. Les neuf critères du

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

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

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

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

#### **L'harmonisation européenne des diplômes**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Thierry Louvet**  
Directeur exécutif,  
Aspher

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

**A**u sens strictement disciplinaire<sup>1</sup> 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)<sup>2</sup> : épidémiologie, économie de la santé et prévention ; médecine et santé au travail ; médecine légale et droit de la santé ; bio-statistiques, informatique médicale et technologies de la communication. Quatre caractéristiques de cette discipline font actuellement débat à l'occasion des discussions sur les réformes de l'enseignement de la santé publique en France : le modèle de santé dans lequel elle s'inscrit, sa place dans le champ de la santé publique, son ancrage dans les pratiques et sa lisibilité nationale et internationale.

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

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

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

La règle pour les formations universitaires est désormais de s'appuyer sur les savoir-faire professionnels et de s'adosser à la recherche. Le statut des enseignants universitaires de santé publique dans les facultés de médecine repose sur une triple mission, l'enseignement, la pratique et la recherche leur conférant une place particulière par rapport à l'ensemble des enseignants du champ de la santé publique. La plupart exercent une activité hospitalière (information médicale, évaluation et gestion du risque, aide à la recherche clinique, évaluation de la qualité), qui est souvent doublée ou parfois remplacée par une activité de praticien de santé publique hors du milieu hospitalier au sein des institutions (ministères, agences, assurance maladie) ou des régions (observatoires régionaux de santé, conférences régionales de santé, comités régionaux d'éducation pour la santé, aide à l'élaboration du plan régional de santé publique). En outre, de nombreux universitaires de santé publique dirigent ou participent à des unités de recherche labellisées. En cinq ans, plus de 6 000 articles scientifiques répertoriés sur *Medline* ont été publiés par les 210 enseignants titulaires des 1<sup>re</sup> et 4<sup>e</sup> 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<sup>3</sup>. Ce maillage territorial, favorisé par l'autonomie des universités et l'absence de plan national de formation en santé publique, nuit à l'évidence à la lisibilité nationale et surtout internationale de la discipline. Cet éparpillement, taxé de balkanisation par certains, de richesse par d'autres, impose des regroupements fonctionnels. Des expériences ont été menées ou sont en cours : création d'un UFR de santé publique à Bordeaux, d'un

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

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

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

2. Nous développons ici essentiellement le point de vue de la première et de la quatrième sous-section du CNU (46<sup>e</sup>1 et 46<sup>e</sup>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.



## La formation en santé publique : un domaine en mutation

réseau dans les cinq villes de l'inter-région Est autour de l'École de Nancy, à Paris-Sud avec un groupement d'intérêt scientifique, ou à Paris VI autour d'une école doctorale. Depuis l'été 2005, les universitaires de santé publique mettent en place, sur des bases géographiques, des pôles interuniversitaires multirégionaux de santé publique (PIMPS). Ces PIMPS, au nombre de cinq<sup>4</sup> 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<sup>5</sup>, 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.