

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

Au sens strictement disciplinaire¹ 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 1^{re} et 4^e sous-sections du CNU de santé publique.

L'enseignement universitaire de la santé publique en France se répartit dans plus de 25 sites de formation³. 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^e section du CNU.

2. Nous développons ici essentiellement le point de vue de la première et de la quatrième sous-section du CNU (46^e1 et 46^e4), 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 cinq⁴ 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 recherche⁵, 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.