

## La Société Française de Santé Publique et l'Ecole des Hautes Etudes en Santé publique

François Alla

*Vice-président de la SFSP*

*Texte validé au Conseil d'administration SFSP du 6 décembre 2005*

### **Contexte**

La loi du 9 août 2004 prévoit la création d'une Ecole des hautes études en santé publique (annexe 1), ses décrets d'application devraient être publiés en 2006. Afin de préparer ces textes, l'IGAS a été missionnée pour conduire une analyse (rapport 2004-065, annexe 2).

Telles qu'elles sont définies, les missions de l'EHESP seront :

« 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.

Outre les missions actuellement dévolues à l'ENSP, l'EHESP étend donc son champ d'activité à l'enseignement supérieur (au sens universitaire du terme, avec la possibilité de délivrer des diplômes nationaux type LMD), et à la recherche (en collaboration avec l'INSERM). Mais pour ces missions il est clairement indiqué que cela passe par un « réseau national » et « la mise en commun des ressources et des activités des différents organismes publics et privés compétents »

Dans ce cadre, le CUESP et le CIMES (associations des enseignants universitaires de santé publique) ont proposé un cahier des charges pour les structures universitaires qui voudraient être intégrées à ce réseau, sous forme de Pôle Interuniversitaire Multirégional de Santé Publique (PIMSP). Ce cahier des charges comprend 13 critères (annexe 3). Les candidats devaient déposer un dossier pour fin septembre.

Un groupe constitué par le premier ministre, composé de huit experts et présidé par Jacques Hardy (directeur ENSP) planche sur le cadre et les modalités de mise en place de l'EHESP. Le groupe doit rendre un rapport début 2006. Il auditionne actuellement les projets de PIMSP.

### **Quelles positions pour la SFSP ?**

*En 2002*, la SFSP avait émis le souhait de la création d'une école de ce type (rapport Grémy, annexe 4).

*En 2004*, avant la promulgation de la loi de santé publique, dans ses propositions, la SFSP s'inquiétait des conditions de mise en place de l'EHESP (annexe 5). La SFSP proposait entre autres qu'une mission soit constituée afin d'apprécier les missions, métiers, compétences et formation en santé publique, afin de développer les formations en fonction des besoins. La SFSP soulignait également que la réflexion ne devait pas se limiter au champ médical. Cette proposition est toujours d'actualité.

La SFSP en tant qu'association représentant les professionnels de la santé publique dans leur diversité est légitime pour participer aux discussions, dans le cadre des définitions des pratiques de santé publique, de ses métiers, et des besoins de formation. La revue de la littérature « Quelles sont les fonctions essentielles de la santé publique ? », réalisée en 2002 (non publiée) un excellent outil d'amorçage de la réflexion.

***La SFSP souhaite qu'il y ait une réflexion sur les besoins de formation initiale ou continue des professionnels ou futurs professionnels de santé publique prenant en compte tous les métiers de santé publique et pas seulement ceux des corps constitués.*** A l'exemple des chargés de projet. Qui sont les chargés de projets en santé publique ? Combien sont ils ? De quelle formation ont ils besoin ? Sous quelle forme ?... sont des exemple de questions pour l'instant laissées de coté. Ces préoccupations sont partagées par le HCSP (rapport 2002, annexe 6).

La SFSP est prête à proposer à la future EHESP son expertise de santé publique. Ceci pourrait par exemple prendre la forme concrète d'une participation à la rédaction des cahiers des charges des formations. Nous pouvons émettre nos recommandations quant aux contenus, bien sûr (à adapter aux attentes et besoins), mais aussi aux modalités des programmes de formation, comme la transdisciplinarité et le décroisement (ce qui semble demandé aussi bien par les MIS, que les ingénieurs, et beaucoup d'autres), et le respect des principes et valeurs de la santé publique.

**RECHERCHE ET FORMATION EN SANTÉ**  
**Chapitre Ier**  
**Ecole des hautes études en santé publique**

Article 84

Le chapitre VI du titre V du livre VII du code de l'éducation est complété par un article L. 756-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 756-2. - L'Ecole des hautes études en santé publique, établissement public de l'Etat 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'Ecole des hautes études en santé publique et ses règles particulières d'organisation et de fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'Etat dans les conditions prévues à l'article L. 717-1. »

Article 85

L'article L. 1415-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé à compter de la date de nomination du directeur de l'établissement public mentionné à l'article L. 756-2 du code de l'éducation :

« Art. L. 1415-1. - La mission et le statut de l'Ecole des hautes études en santé publique sont définis à l'article L. 756-2 du code de l'éducation ci-après reproduit :

« Art. L. 756-2. - L'Ecole des hautes études en santé publique, établissement public de l'Etat 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'Ecole des hautes études en santé publique et ses règles particulières d'organisation et de fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'Etat dans les conditions prévues à l'article L. 717-1. »

Article 86

L'Ecole des hautes études en santé publique assume en lieu et place de l'Ecole 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'Ecole nationale de la santé publique sont transférés à l'Ecole des hautes études en santé publique. Ce transfert est exonéré de tous droits ou taxes et ne donne pas lieu à rémunération.

#### Article 87

L'article 24 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « Les établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics » sont remplacés par les mots : « Les établissements visés aux 1°, 2°, 3° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière » ;

2° Au premier et au deuxième alinéas, les mots : « l'Ecole nationale de la santé publique » sont remplacés par les mots : « l'Ecole des hautes études en santé publique ».

**Annexe 2 : Résumé du rapport relatif à la création de l'école des hautes études en santé publique (Inspection générale des affaires sociales et inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche) – mai 2004**

### Annexe 3: Critères de l'appel d'offre PIMSP

Intitulé des critères	N°	Niveau souhaité
Nombre d'universités impliquées dans le pôle	1	≥ 4 médicales et ≥ 1 non médicale
Nombre d'écoles doctorales impliquées dans le pôle	2	≥ 1
Nombre d'équipes de recherche labellisées (CNRS, INSERM ou Universités) impliquées dans le pôle	3	≥ 3
Nombre de mentions ou spécialités de masters habilités parmi les 4 champs disciplinaires suivants : - Epidémiologie, Recherche clinique, Biostatistique, Informatique et communication appliqués à la santé - Economie, Gestion des services de santé Information médicale - Promotion et éducation à la santé (y compris sciences humaines et sociales appliquées à la santé) - Gestion des risques et Environnement	4	≥ 3
Capacité à organiser sur le plan pédagogique un cursus complet de DES de santé publique (en référence au programme officiel) y compris la soutenance des DES	5	≥ 1
Nombre de stages de DES agréés en santé publique	6	≥ 30
Nombre d'enseignants chercheurs (titulaires ou contractuels) impliqués dans le pôle	7	≥ 20
Nombre de contrats de recherche formalisés au cours des 4 dernières années obtenus et pilotés par des enseignants-chercheurs impliqués dans le pôle	8	≥ 10
Nombre de publications scientifiques (référéncées dans Pub Med, Pascal ou Medline, dans des revues ayant un impact-factor ≥ 1) au cours des 4 dernières années signées par des enseignants-chercheurs impliqués dans le pôle (liste à joindre)	9	≥ 40
Nombre de structures hospitalières impliquant une expertise de santé publique : départements d'information médicale, équipes opérationnelles d'hygiène, Fédération ou département de recherche clinique ou épidémiologique, structure qualité des soins et gestion des risques, etc.	10	≥ 10
Nombre d'implications dans des structures extra hospitalières d'expertise ou de pilotage de politique régionale de santé publique auxquelles participent des enseignants-chercheurs impliqués dans le pôle	11	≥ 10
Flux d'étudiants inscrits au cours des 4 dernières années au niveau licence, maîtrise, DESS, DEA ou Master (médecins et non médecins)	12	≥ 100
Flux d'étudiants inscrits au cours des 4 dernières années en thèse (médecins et non médecins) (dont thèses soutenues) dirigés par des enseignants chercheurs du Pole	13	≥ 5

**D. Engager une grande démarche de formation en brisant les barrières culturelles. En finir avec les formations à « fenêtre fermée »**

La lutte contre les barrières culturelles est difficile, et indispensable. Il en est de même pour le combat pour la qualité et pour la démocratie sanitaire. Un point d'attaque commun est celui de la formation, initiale et continue. Ouvrons quelques fenêtres.

**D1) Formation des professionnels et en particulier des médecins**

Depuis plus de 150 ans, la profession médicale a des difficultés à se situer et à s'insérer dans la société, et tout particulièrement à se positionner vis-à-vis de la puissance publique, Etat et Protection Sociale. Elle vit dans un sentiment d'autosatisfaction persécutée.

Dans un colloque de 1996, consacré à la Réforme Debré, il fut dit : « Les médecins que nous – les facultés de médecine – formons ne sont pas des citoyens ». L'histoire de la profession depuis des décennies est un perpétuel combat d'arrière garde contre l'évolution de la société, confondant trop souvent le bien des malades avec ses intérêts, d'ailleurs le plus souvent mal compris. De ce point de vue, la réforme Debré n'a pas arrangé les choses. Une révision profonde, plus culturelle que technique, s'impose.

Il conviendrait d'engager des démarches comparables pour former des infirmières de santé publique, ainsi que des assistantes sociales informées en santé.

**D2) Formation des cadres administratifs**

Les écoles spécialisées dans la formation des cadres des administrations de santé ENSP et CNESSS entre autres, posent le même type de question que celle des médecins : une « endogamie » de principes : formation par les pairs et les anciens, qui favorise la transmission des idéologies, inhibe la critique et décourage la créativité.

Pour favoriser l'ouverture, une solution déjà esquissée pour l'ENSP, serait de faire entrer ces écoles dans le cadre général de l'enseignement supérieur tel que défini par la loi Savary.

**D3) Un institut national des hautes études en santé ?**

Pour pallier la méconnaissance et la vision à la fois myopique et rétrécie, des élites de la nation et particulièrement de la classe politique en matière de santé, il pourrait être pertinent de créer à leur intention pour la santé un équivalent de l'INHEDN, (Institut des hautes études en défense nationale). Une réflexion a déjà été engagée sur cette possibilité lors du Colloque de Montpellier de septembre 1999 sur la formation en Santé Publique.

**D4) Formation des professionnels à la démocratie sanitaire**

Habités à prendre des décisions sur la base d'arguments techniques et de leur propre expérience, les professionnels de santé sont souvent déboussolés par les aléas des processus participatifs : perception du risque « irrationnelle », remise en cause des experts, confusion des rôles... Mieux maîtriser ce mode de travail constitue une mutation culturelle que la formation doit accompagner avec vigueur.

**D5) Pour gérer un système toujours plus complexe, les pouvoirs publics ont** besoin d'un nombre important de cadres de haut niveau aux compétences élargies et reconnues dans le domaine de la santé publique. Les compétences actuellement, disponibles, outre qu'elles sont globalement insuffisantes en nombre, sont dispersées dans différentes filières étanches. Ce cloisonnement obère l'expertise nécessaire pour mener à bien de façon cohérente les politiques publiques de santé.

### **C. Pour une profonde révision des missions, métiers, compétences et formations en santé publique**

La formation en santé publique reste en France fragile et vulnérable. Des secteurs entiers sont en friche (Education pour la santé, analyse des services de santé...) ; d'autres reposent sur des équipes peu nombreuses et éparpillées.

Face à l'ampleur des travaux à mener en santé publique et la multiplication des agences ou institutions, les formations en santé publique n'ont pas connu de développement significatif.

Par ailleurs, l'inexistence de passerelles entre les différents métiers de la santé publique, l'absence de reconnaissance de ces métiers, notamment pour les non-médecins, constituent des obstacles réels au développement des missions de santé publique.

L'instauration par la loi relative à la politique de santé publique d'une Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique dans le cadre d'un réseau, pourra-t-elle résoudre à elle seule les problèmes liés à l'émiettement des professionnels, à l'absence de valorisation des parcours, à l'étanchéité des statuts, la question des effectifs, l'émergence des nouveaux métiers et des nouvelles pratiques ?

#### **La SFSP propose :**

**Qu'une mission soit constituée avant la fin 2004 pour réviser en profondeur les missions, métiers, compétences et formations en santé publique pour avancer des solutions concrètes en termes de : mobilité professionnelle, revalorisation des statuts et métiers en santé publique, développement des formations en fonction des besoins.**

Il est très important de ne pas limiter la réflexion au champ médical, les disciplines en santé publique étant plus que variées (sociologie, économie, épidémiologie, statistiques, démographie, droit, ...), les métiers, missions et compétences le sont également. Il est donc nécessaire de disposer de professionnels de santé publique exprimant une large palette de savoirs et compétences, répartis sur le territoire et dans les institutions et en nombre suffisant.

**De définir et faciliter les passerelles entre les différents métiers de santé publique.**

L'expérience du professionnel de santé publique est un "patch-work" de multiples travaux, études, rencontres... Il est plus que vital que, selon des cadres définis, les professionnels de santé publique puissent évoluer au sein de leur champ afin d'enrichir leurs parcours et mobiliser leurs compétences dans des structures et lieux variés, qu'elle que soit l'appartenance institutionnelle.

**Développer les capacités d'animation, de concertation et d'ingénierie de projet dans le cadre de pôles régionaux d'appui logistique**

Le développement de la politique de santé et des programmes dans ce domaine fait appel à de nouvelles compétences. La dimension transversale de l'action, la coordination des institutions sur des bases contractuelles non hiérarchiques, la mobilisation des acteurs professionnels, des élus, des usagers et de la population nécessitent en effet des capacités d'animation et des aptitudes à mener des concertations impliquant un grand nombre d'institutions et de personnes. Il ne faut pas seulement concevoir, il faut aussi expliquer et convaincre. La formation actuelle des cadres de l'État, de l'assurance maladie, des collectivités locales et plus généralement de l'ensemble des professionnels susceptibles de développer des projets de santé les prépare mal à répondre à ce type de besoins. Il convient de développer la formation initiale et continue à la conduite de projets ou de politiques de santé. Actuellement, les savoir-faire dans ce domaine sont souvent le fruit d'une expérience acquise dans la douleur par ceux et celles qui ont « essuyé les plâtres ». Malheureusement, pour l'instant, ces compétences, pourtant précieuses, ne sont pas suffisamment reconnues et identifiées. Elles devraient être regroupées dans un pôle régional et mises à la disposition de tous, indépendamment de la structure d'appartenance des professionnels concernés.

Par ailleurs, la réalisation des programmes régionaux de santé, mais également d'autres procédures comme celles relatives aux réseaux ou au Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV), se traduit par des appels à projets qui s'efforcent de concerner le plus possible les acteurs « de terrain ». L'expérience acquise met en évidence qu'il arrive que ces projets soient acceptés alors qu'ils n'ont pas encore un degré d'élaboration suffisant. Il arrive aussi, comme pour le FAQSV, que le nombre de projets acceptables soit très largement insuffisant au regard des crédits disponibles. L'écart peut être considérable. Cette situation résulte en partie de l'absence d'appui logistique à l'élaboration de projet et à la gestion de projet. Les professionnels de terrain, par manque de temps mais aussi méconnaissance de différents aspects techniques ou administratifs, ne sont pas toujours en mesure de proposer des projets répondant aux critères de qualité souhaitables. Pour autant, ils bénéficient de très peu de possibilités d'accéder à une aide structurée.

À l'instar des pépinières d'entreprises, il serait nécessaire que chaque région dispose d'une « pépinière de projets », structure partenariale d'ingénierie de projets qui puisse apporter à tout promoteur le souhaitant une aide adaptée aussi bien dans la conception que dans la gestion. Outre son utilité évidente pour améliorer la qualité des projets, cette structure permettrait d'éviter que des institutions responsables de financements soient conduites, faute de mieux, à aider les promoteurs tout en ayant ensuite à juger un projet dont elles sont devenues de fait les coauteurs, se retrouvant ainsi à la fois juge et partie.

François Alla  
*Vice-président de la SFSP*