

# Fonder l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Rapport du Professeur Jacques Hardy à

- Monsieur Jean-Louis BORLOO, ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement
- Monsieur Gilles de ROBIEN, ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
- Monsieur Xavier BERTRAND, ministre de la santé et des solidarités
- Monsieur François GOULARD, ministre délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche
- Monsieur Philippe BAS, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille

# Fonder l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

RECOMMANDATIONS .....	4
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
1 – L’OBJECTIF EST CLAIREMENT INDIQUE PAR LA LOI .....	6
2 – CREER UNE ECOLE DE SANTE PUBLIQUE .....	11
3 – UNE HAUTE AMBITION .....	14
<b>1<sup>ERE</sup> PARTIE : LA SANTE PUBLIQUE EST UN CHAMP D’INTERVENTIONS MOBILISANT DES COMPETENCES DIVERSES .....</b>	<b>16</b>
1 – LA SANTE PUBLIQUE APPROCHEE PAR LES DETERMINANTS DE LA SANTE .....	17
2 – FONCTIONS, COMPETENCES ET BESOINS EN FORMATION ET RECHERCHE .....	22
<b>2<sup>EME</sup> PARTIE : METTRE EN COMMUN LES RESSOURCES ET LES ACTIVITES.....</b>	<b>30</b>
1 - LA PLACE DES FORMATIONS PROFESSIONNELLES DESTINEES AUX ELEVES FONCTIONNAIRES .....	31
2 - UN RESEAU DELIVRANT DES FORMATIONS EN SANTE PUBLIQUE.....	39
2.1 - <i>Les deux pôles fondateurs : Epidémiologie; management et politiques de santé.</i> .....	41
2.2 – <i>Les axes thématiques de développement.</i> .....	47
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>52</b>
<i>Annexes.....</i>	56

## **Recommandations**

**1** – Faire de l'EHESP une école de santé publique au sens international du terme c'est-à-dire assumant la totalité des fonctions dévolues à ce type d'institution sans en laisser, à terme, aucune de côté.

**2** – Fonder l'Ecole dès son ouverture en assurant simultanément :

- La mise en place des instances
- La mise en œuvre d'une offre pédagogique substantielle au niveau master à la rentrée prochaine.

**3** – Nommer un directeur et des administrateurs français et étrangers dont l'autorité, la notoriété, la légitimité dans le champ de la santé publique traduiront la haute ambition qui s'attache au projet.

**4** – Favoriser la constitution d'un noyau dur fondateur du réseau d'enseignements voulu par le législateur en incitant fortement au rapprochement des équipes les plus fortement constituées dans deux champs :

- l'épidémiologie ;
- management et politiques de santé

**5** – Laisser ouverte pour les instances de l'EHESP la réflexion sur les modalités de l'insertion de l'ENSP actuelle dans l'EHESP.

**6** – Orienter délibérément le contenu du premier contrat quadriennal conclu entre l'Ecole et l'Etat vers le développement rapide du réseau autour d'axes prioritaires :

- économie de la santé ;
- santé internationale ;
- santé environnementale ;
- sciences humaines et sociales.

## Introduction

Le constat est connu : notre dispositif d'enseignement (et de recherche) en santé publique est trop éparpillé pour être pleinement efficace et visible hors de France<sup>1</sup>. Des tentatives de regroupement ont été faites sans succès, des projets d'école de santé publique ont été imaginés mais n'ont pas été mis en œuvre<sup>2</sup>.

La cible à atteindre est aujourd'hui clairement décrite dans l'exposé des motifs de la loi du 9 août 2004 : mieux répondre aux besoins croissants de formation en santé publique par une mise en commun des ressources pédagogiques existantes pour construire une école de santé publique visible internationalement.

Le projet est fort ambitieux et les conditions du succès ne sont pas spontanément réunies<sup>3</sup> car le rapprochement d'une école de service public et de l'université dans une perspective de mise en commun des moyens suscite inquiétudes et résistances plus ou moins actives. Pour autant le contexte n'a jamais été aussi favorable non seulement parce que la loi s'est exprimée mais aussi du fait des transformations en cours de l'enseignement supérieur. Le déploiement du LMD et l'insertion des études médicales dans ce dispositif permettent de réfléchir plus aisément que l'ancien système à des parcours de formation en santé publique fait de crédits transférables organisés par différentes institutions habilitées à délivrer des masters. Car la réussite de la réforme tient, en grande partie, à la capacité de ses promoteurs à donner, au plus vite, un corps à l'EHESP. Pour ce faire il convient sans doute de mettre en place les instances et de construire une offre pédagogique tout en admettant que son développement de cette nouvelle école est un objectif de long terme qui se fera au rythme des contrats quadriennaux conclus avec l'Etat.

Créer une école de santé publique et nourrir, pour elle, les plus hautes ambitions tels sont les objectifs fixés par le législateur.

---

<sup>1</sup> Voir par exemple ce qu'en dit en 2003 l'IGAS dans son rapport annuel « Santé : pour une politique de prévention durable » not. p. 112 et ss. ; p. 177 et ss.

<sup>2</sup> Cf. par exemple le décret n° 93-544 du 27 mars 1993 portant création d'un institut universitaire francien d'enseignement et de recherche en santé publique qui n'a jamais vu le jour.

<sup>3</sup> Cf. rapport IGAS IGAENR relatif à la création de l'EHESP n° 2004-065 (IGAS) ; 2004-032 (IGAENR) p. 25

## **1 – L'objectif est clairement indiqué par la loi**

*« En matière de santé publique, les compétences de l'Etat se sont considérablement enrichies. Il s'agit désormais de lutter contre les épidémies, de gérer les risques, de prévenir les maladies et leurs conséquences, d'agir sur les déterminants des états de santé, en particulier les facteurs sociaux, environnementaux ou comportementaux, mais encore de gérer les établissements et les services sanitaires, médicosociaux et sociaux de façon efficiente, d'élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes de santé, d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins. La conduite des politiques publiques dans ces différents domaines demande donc des professionnels spécialisés de différents niveaux. Ceux-ci travaillent notamment dans les administrations centrales et déconcentrées, les établissements de santé, les agences sanitaires et les corps d'inspection.*

*De même, le monde industriel et les organismes de protection sociale ont des besoins croissants de professionnels de santé publique.*

*Actuellement, les médecins sont formés à la santé publique dans le cadre de leur cursus de base et au travers d'une filière de l'internat. Par ailleurs, les fonctionnaires sont formés au travers d'une école professionnelle, l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) qui ne délivre pas à l'heure actuelle de diplômes reconnus au plan européen.*

*Ces dispositifs sont insuffisamment coordonnés, artificiellement cloisonnés et ils sont quantitativement insuffisants. Il est important que les agents travaillant pour l'Etat bénéficient de formations diplômantes.*

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) vise à mettre en réseau les compétences existantes. Plutôt que de créer une structure de plus, les articles 40 et 41 réforment le dispositif de formation en santé publique par transformation de l'ENSP. L'objectif est de permettre aux différentes institutions impliquées de mettre en commun leurs ressources pédagogiques. »<sup>4</sup>.*

La clarté du propos n'appelle pas de longs commentaires. Créer une école des Hautes Etudes en Santé Publique c'est, à partir d'une « mise en réseau des compétences existantes » doter la France d'un outil qui lui fait défaut : une école de santé publique.

---

<sup>4</sup> Exposé des motifs de la loi du 9 août 2004

En même temps qu'un véritable intérêt, voire un certain désir, la création de l'EHESP suscite de l'inquiétude chez tous ceux qui sont potentiellement concernés par cette réforme. Cela est assez normal dès lors qu'elle ne se fait pas sur « *pré vert* ». Loin d'être inexistant le dispositif français d'enseignement et de recherche en santé publique est assez dense si l'on s'en tient à l'existence de plus de 110 diplômes de masters dans ce champ, et à la diversité des acteurs de la formation (départements de santé publique dans les facultés de médecine, ENSP, EHESS, CNAM, IEP de Paris, écoles d'ingénieurs et de commerce) comme de la recherche qu'ils s'agissent de l'université ou des grands organismes que sont l'INSERM, le CNRS, l'Institut Pasteur, l'IRD ou encore, l'INED.

Les réactions enregistrées à l'annonce de la réforme montrent que chacun, dans les milieux professionnels ou académiques, pouvait (peut ?) continuer à vivre dans son coin sans ressentir de façon trop incommode les conséquences de l'atomisation constatée, déplorée, par le législateur.

Les milieux professionnels issus de l'actuel ENSP ont été tardivement associés à la réflexion sur l'organisation et ont participé de manière non organisée à la réflexion sur le projet pédagogique (cf. liste des auditions en annexe). Ils sont partagés par un axe vertical qui sépare les « filières hospitalières », des « filières Etat » sans que, pour autant, les positions soient unanimes au sein de ses deux groupes. Leur seul point de consensus porte sur le manque de concertation dès lors qu'ils n'ont pas été associés à la préparation de la loi du 9 août et que postérieurement à sa promulgation, ils n'ont pas non plus été associés à l'élaboration du dispositif de pilotage du dossier.

Ils sont donc assez méfiants à l'égard d'une idée qui, si elle leur paraît bonne, leur semble être de nature à menacer l'intégrité de l'ENSP sur laquelle ils portent, en tant qu'anciens élèves, un regard très positif.

Au-delà, tout est prétexte à divisions :

- la proposition figurant dans l'exposé des motifs et selon laquelle « *Il est important que les agents travaillant pour l'Etat bénéficient de formations diplômantes* » reçoit un accueil mitigé. Beaucoup y voit une menace pesant sur le triptyque « concours, formation initiale, titularisation ». La coïncidence dans le temps entre le projet de réforme et l'arrêt BURBAUD n'y est sans doute pas pour rien<sup>5</sup>.
- L'insertion de l'ENSP dans l'EHESP qui doit, pour une partie des représentants du monde hospitalier et spécialement la plupart des représentants des directeurs d'hôpital, permettre d'isoler la formation au management des établissements publics de santé des métiers de régulation et de contrôle exercés par les fonctionnaires des services déconcentrés de l'Etat et pour ces derniers se faire à périmètre constant.
- La gouvernance de l'EHESP qui doit, pour certaines organisations syndicales et professionnelles du monde hospitalier leur faire une très large place au sein des conseils de l'Ecole alors que ses créateurs entendent bien imprimer dans leur composition la traduction des principes d'autonomie et de démocratie qui doivent présider à l'organisation des établissements publics scientifiques et professionnels.

Tout ceci pèse bien entendu sur le processus de création de l'EHESP mais aussi sur la réflexion conduite autour du projet pédagogique.

---

<sup>5</sup> CJCE 9 septembre 2003 *Mme BURBAUD c/ Ministre de l'Emploi et de la Solidarité*

L'arrêt BURBAUD a été rendu le 9 septembre 2003 par la CJCE dans un litige opposant une ressortissante portugaise au gouvernement français et portant sur les conditions d'accès aux fonctions de directeur d'établissement public de santé.

La requérante faisait valoir sa prétention à intégrer directement le corps des DH au motif qu'elle avait suivi, à l'école de santé publique de Lisbonne, une formation équivalente à celle délivrée par l'ENSP.

La cour lui a donné raison en jugeant que « *la réussite à l'examen de fin de scolarité à l'ENSP peut être qualifié de diplôme au sens de la directive 89/48/CEE du Conseil du 21 décembre 1988. Elle entre donc dans le champ du système européen de reconnaissance d'équivalence des diplômes notamment en vue de l'accès aux professions réglementées* ».

La cour administrative d'appel de Douai, juridiction de renvoi, ayant constaté que la formation suivie à Lisbonne était bien équivalente à celle délivrée, à l'époque des faits, à Rennes Mme BURBAUD s'est vue reconnaître le droit d'accéder directement à un poste de DH sans avoir à passer le concours de recrutement ou à suivre la formation délivrée à l'ENSP.

La jurisprudence oblige donc à tenir compte des qualifications acquises antérieurement au concours au moment du recrutement des élèves fonctionnaires mais elle ne remet pas en cause le principe du recrutement par concours.

En revanche, elle oblige l'autorité compétente à classer la personne concernée sur la liste qui permet aux néo directeurs de choisir leur affectation ce qui pose évidemment le problème du critère de classement dès lors que cette personne n'a pas été soumise à l'examen classant de fin de scolarité.

L'arrêt rendu n'offre pas de solution. L'avocat général dans ses conclusions a, pour sa part, indiqué que la solution la plus adéquate consisterait à placer la procédure de recrutement après la période de formation ce qui permettrait de comparer plus aisément les mérites des candidats et offrirait la possibilité de les classer plus aisément (conclusion Christine STICX-HACKL du 11 février 2003 point 14). D'autres préconisent un « *concours spécial* » qui, pour éviter la discrimination à rebours, devrait être également ouvert aux ressortissants français disposant de qualifications jugées équivalentes à la formation délivrée à l'ENSP (rapport du Pr. LEMOYNE DE FORGES au ministre de la Fonction Publique – Dalloz 2003).

Par ailleurs chaque université et, en son sein lorsqu'elle existe, 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 appliquées à la santé publique : le droit, l'économie, la sociologie, la géographie, la psychologie, les sciences de l'Education. 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>6</sup>.

Dans ce contexte marqué par la diversité des acteurs concernés ou susceptibles de l'être et le choc 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.

A 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 plus que ce dont ils disposent aujourd'hui en termes de moyens matériels et humains, de capacité d'initiative, de visibilité nationale et internationale.

D'autant que, comme cela a déjà été dit, les formations existantes sont nombreuses et peuvent sembler suffisantes. Un repérage réalisé par le centre de ressources pédagogiques (CdRP) de l'ENSP en 2004 a permis d'identifier 113 diplômes de troisième cycle recouvrant 21 thématiques et délivrés par 80 organismes<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> En France, il faut attendre une ordonnance du 19 octobre 1945 portant réorganisation du ministère de la santé publique (art. 13) pour qu'une Ecole Nationale de la Santé Publique soit instituée comme département de l'Institut National d'Hygiène. Un arrêté du 9 mai 1949 lui permettra d'accueillir des boursiers étrangers mais, faute de pouvoir y obtenir un diplôme de santé publique (ils se voient délivrer une simple attestation d'assiduité) ceux-ci préfèrent s'inscrire dans les écoles étrangères et, pour les francophones, au Canada.

Pour pallier ce handicap, un arrêté interministériel du 26 février 1958 crée un diplôme conjoint du ministère de la santé et du ministère de l'éducation nationale dénommé « diplôme d'Etat en santé publique » et destiné à des médecins ayant suivi l'enseignement de l'Ecole 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 école, le Pr. J SENECAU 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'Ecole 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.

<sup>7</sup> « Panorama des formations diplômantes en santé publique » ENSP février 2004 Multigraph. 227 pages.

**Répartition des diplômes de niveau Bac + 5  
par grande thématique**

Thématique	Nombre
Gestion et management des établissements et services	26
Droit de la santé	18
Santé environnement	15
Organisation du système de santé	13
Economie de la santé	11
Génie biomédical	11
Epidémiologie, biostatistiques	8
Politiques de santé	8
Evaluation	6
Information et informatique médicale	6
Risque et qualité alimentaire	6
Gestion des programmes de santé	5
Gestion des risques	5
Planification en santé publique	5
Action sociale	4
Analyse de l'état de santé	3
Promotion de la santé, éducation pour la santé	3
Qualité des soins	3
Santé internationale	3
Sciences humaines et sociales appliquées à la santé	3
Médicament	3

Source CdRP, ENSP 2004

A cela il faut ajouter l'offre de formation de l'ENSP qui s'adresse, sans préjudice d'une ouverture à d'autres publics dans le cadre de la formation continue, aux élèves fonctionnaires des services déconcentrés des ministères chargés de la santé et des affaires sociales et aux cadres de direction de la fonction publique hospitalière. Il faudrait aussi, pour être plus complet, rappeler que les fonctionnaires territoriaux occupant des emplois de la filière sanitaire et sociale sont formés par le CNFPT<sup>8</sup> et que les cadres de l'assurance maladie suivent une formation initiale au sein de l'EN3S<sup>9</sup> incluant des enseignements de santé publique et notamment d'économie de la santé.

Cette diversité, dont la précédente énumération, ne donne qu'un aperçu car il existe ici ou là d'autres formations à la santé publique dans les écoles d'ingénieur, de commerce, dans les instituts d'études politiques, laisse à penser que chacune des institutions évoquées ne saurait, à elle seule, prétendre être une école de santé publique au sens où s'entend cette notion au plan international.

---

Les diplômes d'université (DU), beaucoup plus nombreux, en particulier dans les facultés de médecine, n'ont pas été dénombrés. En 2000, dans le rapport précité, le Pr. A. SPIRA dénombrait 10 DESS ET 11 DEA dans le champ de la santé publique.

<sup>8</sup> Il y a plus de 8000 médecins territoriaux en poste

<sup>9</sup> Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale anciennement Centre nationale d'Etudes de la Sécurité Sociale (CNESS)

## **2 – Créer une école de santé publique**

La notion mérite d'être explicitée car, hors du champ des spécialistes, elle est mal connue en France.

La définition la plus communément partagée se fonde sur une approche fonctionnelle de la notion d'école de santé publique. Ainsi, le « *Committee on Educating Public Health for the 21th century* » de « *Institute of Medicine* » américain attribue aux écoles de santé publique six missions principales qui doivent, bien entendu, être mise en oeuvre de manière simultanée :

- *Former les éducateurs, les praticiens et les chercheurs mais également les leaders et managers en santé publique.* En France la formation de ces différentes catégories de professionnels est dispersée entre l'université (médicale et non médicale), des grands établissements comme l'EHESS, le CNAM, l'IEP de Paris et les écoles de service public que sont l'ENSP pour les fonctionnaires de l'Etat et des établissements de santé, le CNFPT pour les fonctionnaires territoriaux, l'EN3S pour les cadres de l'assurance maladie.
- *Etre un endroit privilégié pour une recherche transdisciplinaire.* A l'image de l'enseignement de santé publique celle-ci est également dispersée entre les EPST (INSERM, IRD, CNRS), l'université et les agences (INVS, AFSSAPS, AFSSET, AFSSA notamment) et, compte tenu de l'agencement des carrières et du fait que la santé publique n'est pas une discipline universitaire, elle a beaucoup de mal à être organisée de façon réellement transdisciplinaire.
- *Contribuer à l'élaboration des politiques qui améliorent l'état de santé de la population.* Question aussi redoutable que récurrente des relations entre le décideur et l'expert qui trouve, en France, une réponse partielle avec le développement des agences dites de sécurité sanitaire.
- *Travailler en réseau avec les autres écoles professionnelles pour que soient pris correctement en compte les enjeux de santé publique dans leurs programmes respectifs.* C'est l'un des objectifs principaux de la création de l'EHESP : la mise en commun des ressources pédagogiques existantes.
- *Assurer une formation continue pour les acteurs de santé publique.* Elle est, en France, aussi atomisée que la formation initiale et, à la différence de celle-ci, fait une large place aux opérateurs privés commerciaux.
- *S'engager avec différentes communautés pour améliorer la santé publique.*

Il apparaît clairement qu'aucune institution française ne met en œuvre, à elle seule, la totalité de ces missions. De la même façon qu'aucune d'entre elles ne peut faire valoir une offre pédagogique comparable à celle des grandes écoles de santé publique qui comporte toujours :

- l'épidémiologie ;
- la biostatistique ;
- la santé environnementale
- les sciences sociales
- la santé internationale.

La présentation des départements d'enseignement existant au sein de trois des plus grandes écoles de santé publique dans le monde : Johns Hopkins, Harvard, London School of Hygiène and Tropical Médecine le confirme.

## **JOHNS HOPKINS<sup>10</sup>**

Biochemistry & Molecular Biology

Biostatistics

Environmental Health Sciences

Epidemiology

Health Policy & Management

International Health

Mental Health

Health, Behaviour & Society

Molecular Microbiology & Immunology

Population & Family Health Sciences

---

<sup>10</sup> Johns Hopkins Bloomberg school of public health Baltimore ; USA.

## HARVARD<sup>11</sup>

Biostatistics
Environmental Health
Epidemiology
Genetics and Complex Diseases
Health Policy and Management
Immunology and Infectious Diseases
Nutrition
Population and International Health
Society, Human Development, and Health

## London School of Hygiene and Tropical Medicine<sup>12</sup>

Epidemiology and Population Health
Infectious and Tropical Diseases
Public Health and Policy

L'objectif n'est évidemment pas de copier la structuration pédagogique de l'EHESP sur des organisations qui sont le produit d'une histoire singulière et d'une culture particulière en matière d'enseignement supérieur. Mais sur cette base, affirmant, comme le faisait déjà la mission IGAS/IGAEN<sup>13</sup>, son choix de voir l'école traiter la santé publique dans toutes ses méthodes, dans toutes ses composantes, dans tous ses objets, le groupe de travail a estimé que la nouvelle école devait être organisée de façon à couvrir, à terme, les champs de formation et de recherches suivants :

- politiques, management, économie et droit ;
- épidémiologie ;
- biostatistiques ;
- sciences humaines et sociales ;
- sciences de l'environnement ;
- santé et développement.

---

<sup>11</sup> Harvard School of Public health , Boston USA

<sup>12</sup> LSHTM, University of London.

<sup>13</sup> « Rapport relatif à création de l'EHESP » op. cit.

Ce qui ne préjuge en rien du découpage de ses composantes qui sera, comme le veut, le principe d'autonomie des établissements d'enseignement supérieur, laissé à la discrétion des instances de l'EHESP dans les conditions prévues par le décret constitutif de l'établissement.

### **3 – Une haute ambition**

Elle tient à la volonté d'atteindre le niveau d'organisation et ensuite de notoriété des écoles précitées qui se mesure notamment par leur capacité à attirer, sur le « marché » international les meilleurs étudiants, enseignants et chercheurs. Dès lors la conception exprimée par les inspections dans leur rapport précité en 2004 et selon qui « la création de l'EHESP suppose une ambition forte » peut être complètement partagée<sup>14</sup>.

La création de l'EHESP ne saurait se traduire exclusivement par l'attribution de quelques postes d'enseignants chercheurs et l'habilitation à délivrer des diplômes tout en allégeant, du fait de l'application du statut de grand établissement, la tutelle sur l'Ecole.

Tout cela est nécessaire et sera développé plus loin mais n'est évidemment pas suffisant pour accomplir le dessein du législateur.

La cible ne sera atteinte, dans plusieurs années, que lorsque les champs de formation énumérés plus haut seront tous couverts par une école au sein de laquelle cohabiteront des enseignants chercheurs, les enseignants de l'actuelle ENSP, des formations académiques donnant lieu à la délivrance de diplômes dans le cadre LMD aux niveaux master et doctorat, des formations destinées aux élèves fonctionnaires, de la formation continue s'adressant à tous les professionnels de ( ou intéressés par) la santé publique, de la recherche fondamentale et appliquée. A ce moment là l'Ecole sera appuyée sur un réseau de partenaires académiques (universités et écoles) et extra académiques (collectivités publiques, entreprises privées) français et étrangers au sein duquel circuleront des enseignants en poste à l'EHESP pour la totalité ou une part de leur activité professionnelle et qui viendront indifféremment du « vivier » académique ou des mondes professionnels.

---

<sup>14</sup> Rapport précité p. 24

*« Nulle part, ne sont réunies au sein d'une même institution l'ensemble des disciplines permettant de couvrir dans son entièreté le champ de la santé publique ; on doit donc s'interroger sur la possibilité même d'atteindre un objectif aussi démesuré ; c'est pourtant celui que l'on doit retenir et c'est, implicitement, celui que retient le projet de loi »*<sup>15</sup>. Depuis que les membres de l'IGAS et de l'IGAENR ont écrit cette phrase la loi a été votée et leur diagnostic parfaitement confirmé.

Le chemin ainsi tracé est exigeant d'autant que la santé publique est un champ d'interventions mobilisant des compétences très diverses (1<sup>ère</sup> partie) ce qui justifie la mise en commun, au sein d'un réseau, des ressources et activités (2<sup>ème</sup> partie).

---

<sup>15</sup> Rapport précité p. 26

## **1<sup>ère</sup> partie : La santé publique est un champ d'interventions mobilisant des compétences diverses**

Comme toutes les réformes, celle-ci voit se dresser devant elle un certain nombre d'obstacles qui tiennent, classiquement, à la crainte de l'inconnu qui conduit à défendre l'existant même lorsqu'il n'est pas complètement satisfaisant. En l'espèce il est sans doute plus juste de parler de scepticisme que d'opposition. Personne ne s'affirme comme le militant d'un front du refus de voir se constituer une EHESP que ce soit chez les universitaires et chercheurs ou dans les corps professionnels issus de l'actuelle ENSP. Tous ceux qui se sont exprimés à ce sujet soulignent, par des voies rhétoriques qui peuvent être différentes, la pertinence de l'idée. Pour autant, comme le notait déjà en 2004, la mission IGAS/IGAENR, parmi les parties susceptibles d'apporter une contribution significative, personne à l'exception notable de l'ENSP<sup>16</sup>, ne s'est mobilisé de façon proactive au profit de cette « *bonne idée* ». Il faut sans doute y lire un effet induit par le morcellement des forces qui oeuvrent à l'enseignement et à la recherche en santé publique. Elles ne se connaissent pas toutes, ne communiquent donc pas, ne partagent pas forcément, lorsqu'elles s'identifient les unes les autres, les mêmes conceptions, n'ont pas les mêmes centres d'intérêts ou les mêmes intérêts tout court. Il y a là une contrainte qui tient au fait que la santé publique n'est pas une discipline universitaire constituée mais un champ d'interventions éclatées et pris en charge par des institutions nombreuses, diverses et qui prises séparément ne sauraient être, à elles seules, regardées comme une école de santé publique ou capables de le devenir.

De la même façon qu'il était sans doute utile de dire ce que doit être une école de santé publique pour donner une idée de la hauteur de l'ambition qui anime le projet il paraît indispensable de se mettre d'accord sur une conception de la santé publique pour éviter des contresens improductifs comme celui qui consiste, pour certains organisations syndicales et professionnelles du monde hospitalier, à s'inquiéter de la place de l'enseignement du « management des établissements de santé » puisque celui-ci est, par définition, une des missions des écoles de santé publique.

---

<sup>16</sup> L'ENSP a produit en avril 2004 un rapport intitulé « *Objectif EHESP* » présenté au conseil d'administration le 29 mars 2004 et remis à la mission IGAS/IGAENR qui souligne dans son propre rapport (p. 22) « *L'ENSP est la seule institution à avoir engagé une réflexion approfondie sur ce que devrait être l'EHESP, à avoir analysé les atouts et les lacunes de son propre positionnement, à en avoir déduit des propositions et à les avoir mises en forme et soumises à ses instances délibérantes (...). C'est pourquoi il y aura bien lieu de tirer le meilleur de ces travaux lors la phase de mise en place de l'EHESP* ». Dans sa première partie le constat reste vrai si l'on excepte bien entendu le travail qui a permis la rédaction du présent rapport.

## 1 – La santé publique approchée par les déterminants de la santé

La santé publique est différente de la médecine<sup>17</sup>. Ceci conduit à distinguer, dans le monde anglo-saxon notamment, les écoles de médecine, des écoles de santé publique ce qui, pour l'heure, exception faite de l'Institut de Santé Publique de Bordeaux, n'est pas le cas en France et produit une espèce de quiproquo permanent sur ce qu'est une école de santé publique. Le Pr. JA VALLERON, directeur de l'une des deux seules écoles doctorales françaises dans ce champ, l'a très bien dit au moment de son audition devant le groupe de travail en estimant que les enseignants de santé publique « ont deux fonctions, celle de l'enseignement dans une *school of médecine* et celle de l'enseignement dans une *school of public health*. Cela signifie que tout étudiant en médecine doit recevoir une formation de base mais que l'enseignement délivré pour un master de « *public health* » a pour ambition d'être concurrentiel avec un master de la *London School* ou de *Harvard* et ne peut donc pas être ouvert à tous les étudiants de manière indéterminée »<sup>18</sup>

La santé publique se préoccupe des besoins des populations quand la médecine s'intéresse à l'individu dans sa singularité biologique et parmi les nombreuses définitions disponibles on peut considérer avec J. FRENK qu'elle « comprend les efforts systématiques faits pour identifier les besoins en santé et pour organiser l'ensemble des services pour une communauté donnée. Elle inclut donc les processus d'information requis pour caractériser l'état de santé de la population et l'étude de la réponse sociale adaptée à celui-ci, en particulier la façon dont cette réponse est structurée dans le système de santé »<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Distinctions between medicine & public health(London school of hygiene an tropical medicine – 2006)

**Public Health** 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 behavior 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

**Medicine** Primary focus on individual ; Personal service ethic, in the context of social responsibilities ; Emphasis on disease diagnosis, treatment, and care for the individual patient ; Medical paradigm places predominant emphasis on medical care ; Uniform system for certifying specialists beyond professional medical degree ; Lines of specialization organized, for example, by:  
*organ system (cardiology, neurology)*  
*patient group (obstetrics, pediatrics)*  
*etiology and pathophysiology (infectious disease, oncology)*  
*technical skill (radiology, surgery)* ; Biological sciences central, stimulated by needs of patients; research moves between laboratory and bedside ; Numerical sciences increasing in prominence, though still a relatively minor part of training ; Social sciences tend to be an elective part of medical education

<sup>18</sup> Audition du 23 février 2006 p. 3

<sup>19</sup> Frenk J.: The New public Health. In The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate, Pan American Health Organization, Scientific Publication no. 540, 1992. 246p p.p. 68-85.

ou encore qu'elle est « *L'effort organisé par la société pour protéger, promouvoir et restaurer la santé des populations* »<sup>20</sup>.

L'on comprend mieux dès lors les missions assignées aux écoles de santé publique et la nécessité pour elles de couvrir les champs précédemment évoqués qui empruntent aux techniques quantitatives (mathématiques, statistiques, probabilités *etc.* ) aux sciences sociales (sociologie, histoire, géographie, psychologie, sciences de l'éducation *etc.*) aux sciences dites « dures » (physique, chimie, métrologie, informatique *etc.* ), aux sciences de la vie et de la santé (biologie, disciplines cliniques *etc.*).

En France, la santé publique n'est pas une discipline universitaire, contrairement à ce que pourrait laisser penser l'organisation de la section 46 du Conseil National des Universités<sup>21</sup>. Il existe bien des professeurs et des maîtres de conférence de santé publique mais ils sont, à de rares exceptions près, médecins. Dès lors, un économiste, un juriste, un sociologue (pour ne prendre que ces trois exemples) travaillant sur des questions de santé publique sera professeur ou maître de conférences en économie, en droit ou en sociologie. Ceci ne facilite pas l'émergence d'une communauté scientifique de santé publique et se solde par exemple, pour reprendre l'expression un peu provocatrice d'un spécialiste, par « *l'exercice illégal de l'économie de la santé* » par les enseignants médecins des facultés de médecine et, symétriquement, par l'inexistence d'un cursus complet (LMD) en économie de la santé<sup>22</sup>. Si elle n'est pas constituée en tant que discipline académique, la santé publique est alors un champ d'actions et d'études reposant sur une approche globale de la santé de la population, dont les déterminants sont multiples et interdépendants. Cet espace s'est progressivement élargi depuis les années 1970 à des actions portant sur la protection sociale, sur le management des services sociaux et de santé, sur l'environnement et ses effets sur la santé...

Cette évolution est allée de pair avec les mutations qui marquent les modes d'intervention de l'État dans la sphère de la santé publique. De nouvelles modalités de l'action sociale et sanitaire bousculent les modes opératoires traditionnels de l'administration publique.

---

<sup>20</sup> « *Public Health is the effort organized by society to protect, promote and restore the people's health* ». Institute of Medicine: "The Future of Public Health". Washington DC. National Academy Press 1988 – Voir en annexe, la note du Pr. Jean Louis SALOMEZ sur la définition de la santé publique d'où cette référence est extraite.

<sup>21</sup> Section 46 du conseil national des universités (CNU) intitulée « *Santé publique, environnement et société* » qui 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 ;

<sup>22</sup> L'expression utilisée par le Pr. Claude LE PEN lors de son audition devant le groupe de travail le 14 février 2006 peut également s'appliquer au droit et probablement à d'autres disciplines non médicales largement enseignées par des médecins dans les facultés de médecine sans que, pour autant, dans leur propre discipline, les professeurs d'économie ou de droit de la santé s'arrogent l'enseignement de la médecine.

Le domaine de la santé publique s'est donc élargi et complexifié. Pour faire face aux enjeux, qui dépassent souvent le cadre des États nations, des organisations internationales ont défini des fonctions essentielles de santé publique (encadré ci-dessous) qui doivent être assurées par les services publics et privés.

**Les fonctions de la santé publique définies par les grandes organisations internationales, dont l'OMS, l'organisation panaméricaine de la santé et du "public health function project"<sup>23</sup>**

- *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*

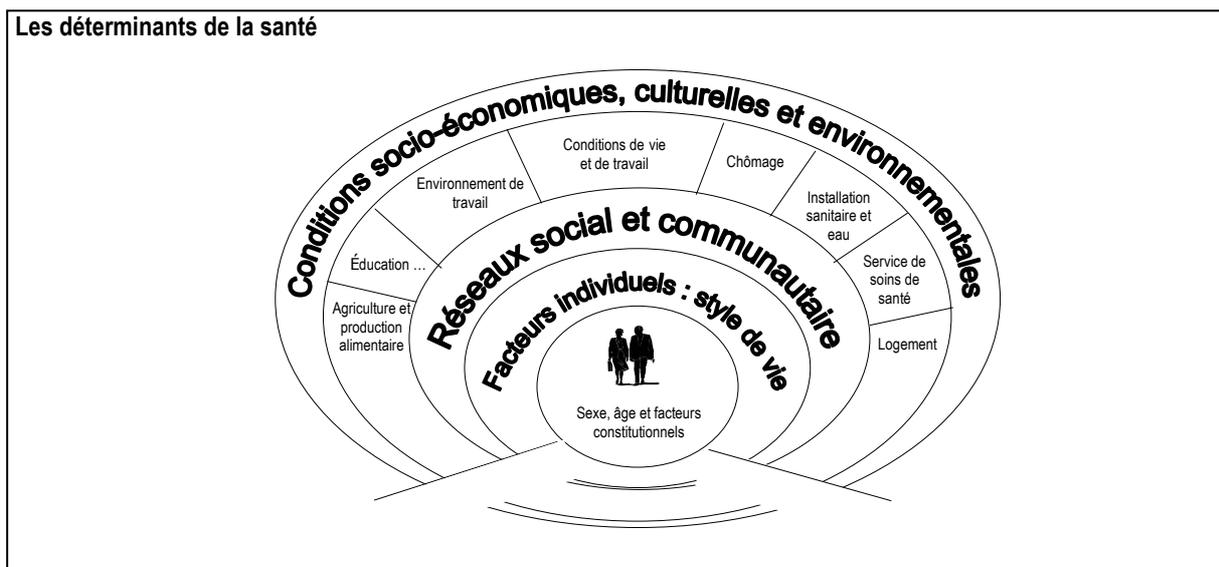
Pour définir l'offre de formation, de recherche et d'expertise de l'EHESP il faut évidemment prendre en compte la situation de la France en termes d'état de santé et de politique de santé publique dans la perspective offerte par l'approche des déterminants de santé. Pour faire face aux changements exigés par les enjeux de santé publique tels qu'ils sont notamment décrits dans la loi du 9 août 2004, une adaptation des compétences et des métiers et, l'apparition de nouvelles compétences et/ou de nouveaux métiers, paraissent inéluctables.

---

<sup>23</sup> Pommier J. "Quelles sont les fonctions essentielles de santé publique, revue de littérature", Société Française de Santé Publique, janvier 2003.

La loi du 9 août 2004 est fondée sur la notion de déterminants de la santé comme outil pour engager la lutte contre les inégalités de santé. Les familles de déterminants suivantes (schéma ci-dessous) sont généralement admises :

- environnement "physique",
- environnement de travail,
- comportements individuels,
- facteurs génétiques de la population,
- système de soins,
- déterminants sociaux :
  - liens sociaux de proximité (dont famille) et solidarités informelles,
  - organisation communautaire et territoriale,
  - protection sociale



Source : Adapté de Dahlgren and Whitehead, 1991.

La question posée par la persistance des inégalités de santé est bien de savoir ce qui dans la vie des personnes - du point de vue de leurs conditions de vie sociales, familiales, professionnelles, de leur environnement social et de la façon dont elle interagissent ou non avec cet environnement, de leur histoire passée etc. - détermine, dans quelle mesure et dans quel sens, leur situation de santé.

Il apparaît ainsi qu'une approche globale basée sur les déterminants de la santé constitue une perspective de santé publique et d'action publique. En effet, une connaissance plus fine des déterminants sociaux individuels et collectifs, des attitudes et des comportements de santé<sup>24</sup>, mais aussi des représentations de celle-ci, est nécessaire pour renouveler les approches et mettre en oeuvre des actions qui prennent en compte les situations de vulnérabilité<sup>25</sup>.

Au fond, envisager l'approche des déterminants de santé revient à se demander : "*pourquoi certaines personnes sont-elles en bonne santé et d'autres non ?*"<sup>26</sup>, cette question fait l'objet d'un ensemble de recherches au plan international dont les buts ne sont pas immédiatement sociaux mais visent à une compréhension théorique. Le HCSP note que la France se trouve quelque peu à l'écart de ce courant de recherche. Une des explications réside peut-être dans "*les habitudes françaises qui tant en matière de santé publique que d'action sociale construisent des politiques à partir de catégories de risques, de populations, voire de statuts administratifs*"<sup>27</sup>, ce que constate le rapport de l'IGAS en 2003.

Dès lors, l'approche globale de la santé de la population prenant en compte les différents déterminants vient réinterroger les pratiques. En effet, une telle approche suppose de nommer les déterminants, de leur accorder une valeur relative quant à leur impact sur la santé d'une population. C'est ainsi qu'on peut s'interroger sur l'importance à accorder au déterminant génétique dont l'effet est démontré, mais pour lequel les capacités d'action sont encore limitées. Cette approche constitue un défi pour les professionnels de santé publique dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions et pour une EHESP dont les missions sont pour une part articulées autour de la formation des dits professionnels.

D'une manière générale, le fait de prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé conduit à considérer que les acteurs se situent dans un continuum allant des actions sur les facteurs de risque situés les plus en amont, comme les facteurs socio-économiques, jusqu'aux prises en charge en aval des soins relevant, par exemple, du domaine médico-social<sup>28</sup>. L'ensemble de ces actions doit être retenu dans le champ des activités de l'EHESP.

---

<sup>24</sup> Goldberg M. et al., Les déterminants sociaux de santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé, in Sciences sociales et santé, décembre 2002.

<sup>25</sup> HCSP, op. cit. p. 210.

<sup>26</sup> Institute of Medicine, The National Academies., "Who will keep the public healthy ? " Educating public health professionals for the 21 st Century, 2003.

<sup>27</sup> IGAS, rapport annuel 2003 préc. p. 272.

<sup>28</sup> Organisation mondiale de la santé, Rapport 2002, p.14.

## **2 – Fonctions, compétences et besoins en formation et recherche**

Les évolutions du contexte, les nouveaux enjeux de santé publique, la prise en considération des déterminants de santé interrogent les grandes fonctions de santé publique et la manière dont elles sont assurées. Dans ces conditions, il est nécessaire dans un premier temps de s'interroger non seulement sur les métiers de la santé publique, l'évolution des métiers traditionnels et l'apparition de nouveaux métiers, mais également sur les compétences requises pour les exercer. Quelles sont les compétences déjà identifiées et inscrites dans des pratiques qu'il convient de maintenir et/ou de renforcer ? Quelles sont les compétences nouvelles à développer ? Ces compétences sont moins nichées dans la juxtaposition de métiers ou de disciplines distinctes qu'elles ne résultent de leurs combinaisons, de leurs associations, de leurs correspondances. Dans un second temps, il nous faudra préciser qui sont les publics susceptibles d'exercer les fonctions retenues, identifier les besoins en formation et recherche pouvant correspondre à leurs attentes, examiner les caractéristiques actuelles du dispositif de formation, de recherche et d'expertise en santé publique et voir ainsi apparaître le besoin d'une approche nouvelle commune à ces trois domaines d'intervention, qui peut se concrétiser à travers la création de l'EHESP.

Les acteurs de santé devront faire face dans les prochaines années à de nombreux défis. Les perspectives démographiques, la modernisation des services publics et leur évolution dans le cadre européen, le développement d'une approche globale de la prévention et de la gestion des risques sanitaires, les attentes des usagers face aux nouveaux risques, et enfin la recherche de l'efficacité des services et des programmes d'action, conduisent à réexaminer les fonctions dites « cœur de cible » des métiers.

Une démarche pragmatique permet de repérer, à partir des facteurs d'évolution décrits dans les paragraphes précédents, de "grandes fonctions". Sans chercher à être exhaustif, on retiendra :

- l'observation et la surveillance de l'état de santé pour identifier les problèmes, les risques et les analyser,
- le développement de politiques et d'actions intersectorielles relatives à l'amélioration de la santé, à l'accès aux soins...,
- la direction et la gestion de services et d'établissements sociaux et de santé, le management de projet,
- l'éducation et la promotion de la santé,
- la régulation, la planification en santé publique, l'inspection et le contrôle,
- l'observation, la surveillance, l'analyse et la gestion des situations de risques liés à l'environnement,
- l'évaluation de l'efficacité, de la réactivité, de la qualité des services de santé individuels et collectifs,
- la mise en œuvre de mesures de sécurité sanitaire
- la recherche et son développement.

Le tableau suivant met en évidence les compétences spécifiques aux grandes fonctions retenues, en distinguant celles qui sont traditionnelles et celles qui émergent et devront être développées en réponse aux défis à relever dans les années à venir, et pour lesquels des recommandations de commissions ou des orientations de groupes d'experts ont été émises<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Recommandations et propositions de la Commission pour le PNSE, de l'IGAS sur la prévention, de l'HCSP, du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, des différents comités d'experts pour Hôpital 2007...

## Fonctions de santé publique et compétences

Fonctions	Compétences traditionnelles	Compétences à renforcer ou nouvelles
<b>Observation, surveillance de l'état de santé, identification et analyse des problèmes de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences de base en santé publique,</li> <li>- compétences analytiques et d'évaluation,</li> <li>- recueil de données,</li> <li>- analyse de l'information concernant les problèmes de santé,</li> <li>- communication.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences en évaluation épidémiologique,</li> <li>- analyse des déterminants sociaux de santé,</li> <li>- analyse de l'information concernant les risques,</li> <li>- communication, diffusion de l'information,</li> <li>- compétences culturelles.</li> </ul>
<b>Conception et développement de politiques et d'actions intersectorielles destinées à l'amélioration de la santé et à l'accès aux soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences de base en santé publique,</li> <li>- gestion de projets,</li> <li>- évaluation des politiques,</li> <li>- gestion des ressources humaines,</li> <li>- négociation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences en évaluation des besoins de santé publique,</li> <li>- animation de réseaux,</li> <li>- évaluation et gestion des risques,</li> <li>- évaluation de la performance des programmes,</li> <li>- communication,</li> <li>- compétences culturelles (approches territoriales).</li> </ul>
<b>Direction et gestion d'organisations, de services et de réseaux sanitaires et sociaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences en management public,</li> <li>- gestion des ressources humaines,</li> <li>- réglementation,</li> <li>- gestion financière,</li> <li>- assurance qualité et gestion des risques.</li> </ul> <p>« d'une fonction d'organisation et de direction subordonnée » à</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences de base en santé publique,</li> <li>- évaluation de la performance, de la qualité,</li> <li>- évaluation et gestion des risques,</li> <li>- conduite de changement,</li> <li>- communication,</li> <li>- gestion de contrats et évaluation.</li> </ul> <p>...une « liberté interne d'organisation » pour une « nouvelle gouvernance » et une plus grande responsabilité.</p>
<b>Éducation et promotion de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences de base en santé publique,</li> <li>- compétences de base en éducation de la santé,</li> <li>- gestion de projets.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences de base en santé publique,</li> <li>- approche communautaire des pratiques,</li> <li>- évaluation et gestion des risques,</li> <li>- communication,</li> <li>- évaluation basée sur les évidences,</li> <li>- compétences culturelles.</li> </ul>
<b>Régulation, planification en santé publique, inspection et contrôle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences de base en santé publique,</li> <li>- définition des besoins pour un territoire donné,</li> <li>- inspection des services et des procédures d'allocation des ressources,</li> <li>- contrôle de l'application des réglementations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences de base en santé publique,</li> <li>- identification des besoins de santé publique et définition de priorités,</li> <li>- gestion des systèmes d'information,</li> <li>- évaluation des modes de régulation et planification en termes d'état de santé de la population.</li> </ul>
<b>Observation, surveillance, analyse et gestion des situations à risques sanitaires liés à l'environnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences de base en santé publique,</li> <li>- compétences analytiques et d'évaluation,</li> <li>- gestion de projet,</li> <li>- contrôle et réglementation,</li> <li>- communication.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences à renforcer en évaluation épidémiologique et toxicologique liées à certains facteurs d'exposition,</li> <li>- évaluation de risques dans de nouveaux lieux, exemple milieu professionnel,</li> <li>- gestion intégrée du risque,</li> <li>- communication, diffusion de l'information,</li> <li>- intermédiation auprès du public.</li> </ul>
<b>Mise en œuvre de mesures de sécurité sanitaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences en identification du problème de sécurité sanitaire : diagnostic de la nature du problème,</li> <li>- évaluation du degré d'urgence,</li> <li>- déclencher une procédure d'alerte,</li> <li>- mettre en œuvre de la réponse adaptée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences en identification du problème de sécurité sanitaire : diagnostic de la nature du problème,</li> <li>- évaluation du degré d'urgence,</li> <li>- déclencher une procédure d'alerte avec une surveillance moins verticale,</li> <li>- mettre en œuvre la réponse adaptée par des circuits courts.</li> </ul>
<b>Recherche en santé publique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences en recherche par discipline,</li> <li>- recherche prédominante dans les sciences médicales, puis bio statistiques, et épidémiologie,</li> <li>- recherche en sciences sociales.</li> </ul>	<p>Dans une perspective nationale et internationale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- compétences en recherche en santé-environnement,</li> <li>- recherche action basée sur les évidences,</li> <li>- compétences croisées et recherche transdisciplinaire,</li> <li>- recherche en éducation et promotion de la santé,</li> <li>- recherche sur la question des inégalités sociales de santé.</li> </ul>

Parmi les compétences utiles à tout professionnel de santé publique ou de l'action sanitaire et sociale, on peut identifier des blocs de compétences communs à plusieurs fonctions :

- compétences de base en santé publique,<sup>30</sup>
- compétences analytiques et d'évaluation,
- compétences en planification de programmes et développement de projets,
- compétences en gestion des ressources humaines et des ressources financières,
- compétences en communication au quotidien et en situation de crises,
- compétences pour la prise en compte des aspects culturels dans l'approche des situations sociales et de santé.

**Les compétences de base en santé publique, pour un spécialiste de santé publique, ou à approfondir en fonction des métiers exercés par des professionnels de l'action sanitaire et sociale**

- *identifie les responsabilités des individus et des organisations dans les missions et fonctions essentielles de santé publique et d'action sociale,*
- *comprend l'état de santé des populations, les déterminants de la santé et de la maladie, les facteurs contribuant à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, et les facteurs qui influencent l'utilisation des services sociaux et de santé,*
- *comprend le développement historique, la structure, et l'interaction de la santé publique et d'autres actions publiques,*
- *identifie et applique des méthodes de recherche utilisées en santé publique,*
- *applique les sciences de base de la santé publique telles que les sciences sociales et du comportement, la bio statistique, l'épidémiologie, la santé publique environnementale, et la prévention des maladies chroniques et infectieuses,*
- *identifie et incorpore les niveaux de preuves scientifiques pertinentes et actualisées,*
- *identifie les limites de la recherche et l'importance des observations et interrelations.*

Le renforcement et le développement de nouvelles compétences supposent de la part des professionnels de santé publique et des cadres de l'action sanitaire et sociale d'être capables :

- d'intégrer les besoins des citoyens, en particulier, en termes de qualité de l'action et de réactivité du dispositif. Une fonction de veille entre différents services semble être une voie à explorer pour faciliter le continuum des services et favoriser les réponses adéquates à des besoins qui peuvent émerger dans l'urgence,
- d'animer des réseaux d'acteurs et de services, de coordonner les actions sur des territoires donnés afin d'utiliser de façon optimale des ressources financières et humaines, dans un contexte de moyens limités,
- d'évaluer la mise en œuvre effective des politiques et des actions développées afin de les faire évoluer si les objectifs ne sont pas atteints,

---

<sup>30</sup> adapté de Pommier J., Quelles sont les fonctions essentielles de santé publique ? , op. cit. p. 9.

- d'anticiper les changements et de faire preuve d'un état d'esprit d'initiative et de capacité d'adaptation afin de proposer des solutions innovantes dans le contexte de la modernisation de l'État et de ses services,
- de prendre en compte les transformations qui s'opèrent au niveau européen et international.

Au regard des compétences et des capacités décrites ci-dessus, la question est de savoir de quels types de professionnels de santé publique la France a besoin pour les prochaines décennies<sup>31</sup> ? En fait, il s'agit d'une double question : faut-il de nouveaux métiers ou faut-il de nouveaux profils ? La réponse à cette question n'est pas simple et elle conditionne les besoins de formation et les propositions que l'EHESP peut formuler dans le cadre des missions que la loi lui confie.

Les professionnels qui remplissent des fonctions de santé publique sont nombreux, si par professionnel de santé publique est désigné *"tout professionnel formé en santé publique ou dans une discipline associée ayant pour finalité d'améliorer la santé de la population"*<sup>32</sup>. À cet ensemble, appartiennent les professionnels des secteurs du soin et du "prendre soin", des professionnels des secteurs éducatif et social, du champ de la santé environnement, secteur public ou privé, agences, collectivités territoriales. Au niveau national et local sont concernés l'ensemble des scientifiques qui assurent l'évaluation des risques, des spécialistes de l'épidémiologie qui assurent la surveillance de l'état de santé, des spécialistes en sciences sociales *etc.*

Si l'on reprend l'exemple de la prévention, dont l'objet s'étend aux déterminants de santé, comportementaux, sociaux et environnementaux, on constate que son organisation suppose des complémentarités entre différents acteurs relevant de plusieurs ministères, du secteur de la santé et des autres secteurs, de l'État et aussi beaucoup d'autres institutions territoriales ou spécialisées. Le succès des politiques et des actions de prévention passe, comme le souligne l'IGAS, par la mise en œuvre de modes opératoires et de coordination permettant à chacune de ces composantes de s'investir sur des bases partagées en termes d'objectifs, de contribution et d'évaluation. D'une manière générale, l'approche de la prévention suppose une réflexion approfondie sur les rapports de la politique de prévention aux usagers, aux territoires, à l'ensemble des acteurs économiques et sociaux. Les missions doivent être réparties entre politiques, experts, acteurs et usagers, d'une part, et État central, services déconcentrés et collectivités décentralisées d'autre part<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> Les rapports Dubernard et Giraud-Lorrain reprennent les données de l'étude d'impact annexée au projet de loi. Celle-ci évalue les "besoins en matière de professionnels en santé publique à 10 000 emplois, dont 2 500 en épidémiologie. En outre, la demande de professionnels par les entreprises privées et les organismes de sécurité sociale (médecins-conseils) est aussi en augmentation. "

<sup>32</sup> The National Academies (Advisers to the Nation on science, Engineering and Medicine) and the Institute of medicine, *Who will keep the public healthy ? Educating public health professionals for the 21<sup>st</sup> century*. USA, November 2002, op. cit.

<sup>33</sup> IGAS, rapport annuel 2003, p.75.

Du point de vue de la formation et de la recherche, l'identification des risques, l'évaluation et la compréhension des déterminants de santé et leur interaction supposent une collaboration étroite entre des disciplines de recherche fondamentale comme la biologie, la physique, la toxicologie, la biostatistique, de recherche clinique et d'épidémiologie et de recherche en sciences sociales. Par exemple, les études sur les facteurs de risques comportementaux, comme l'alcool, le tabac, la conduite automobile, reposent à la fois sur des approches épidémiologiques, sociologiques et anthropologiques compte tenu de l'influence du milieu. De plus, les fonctions d'éducation, d'information à la gestion du risque qui occupent une place importante dans les actions de prévention nécessitent des compétences croisées. En effet, sur le terrain, les médecins ont besoin de la coopération d'autres acteurs du système comme les ingénieurs, les infirmiers, les travailleurs sociaux, les éducateurs, les enseignants, et parfois les policiers... Or, ces professionnels n'ont pas nécessairement reçu la formation adaptée pour faire face à de telles situations<sup>34</sup>.

Le système français se distingue sans doute en cela d'autres systèmes, en particulier anglo-saxons et d'Europe du Nord, dans lesquels les professionnels "non médecins", notamment les infirmiers, reçoivent des formations leur permettant d'assurer des actes préventifs, d'éducation thérapeutique, voire d'exploration en vue d'un dépistage<sup>35</sup>. D'autres professionnels formés en santé publique ou en éducation de la santé, comme des psychologues, des assistants sociaux, des éducateurs ou des infirmiers psychiatriques assurent la détection et la prévention de situations à risques dans des environnements familiaux ou sociaux marqués par la précarité ou par la rupture des liens sociaux<sup>36</sup>. Il semble que dans un contexte où la question de la démographie médicale apparaît comme un défi actuel et à venir, le développement de formations adaptées à ce type de professionnels s'avère nécessaire. Il ne s'agit pas ici de nouveaux métiers mais bien de nouveaux profils de professionnels dont les compétences doivent évoluer pour répondre à la demande sociale et dans laquelle la prévention des risques constitue un volet important.

Autre exemple, le domaine de la santé - environnement. Des recommandations ont été formulées par la commission pour le PNSE<sup>37</sup> en termes de compétences professionnelles à développer dans ce champ ainsi que les formations pour y répondre. La commission insiste sur le maintien du dispositif de surveillance des risques sanitaires liés à la pollution atmosphérique urbaine développée par l'InVS et sur son extension à d'autres facteurs de risque environnementaux.

---

<sup>34</sup> IGAS op. cit. p. 80.

<sup>35</sup> Midy F., Efficacité et efficacité de la délégation d'exercice des médecins généralistes aux infirmiers, 2003, Paris, Credes, La documentation en économie de la santé.

<sup>36</sup> IGAS op. cit. p.80

<sup>37</sup> Rapport de la Commission du Plan national santé - environnement (PNSE), p. 252.

En effet, d'importants problèmes de santé trouvent leur origine dans l'environnement professionnel et les experts notent un sérieux déficit en matière de connaissance et donc de prévention de ce type de risque. L'évaluation des risques doit être "professionnalisée", à partir de formations et du développement de la recherche. De plus, il apparaît que les compétences en santé environnement ne doivent pas rester le fait de spécialistes du domaine, mais être étendues à d'autres professionnels comme les médecins, les pharmaciens, les vétérinaires.

Sans prétendre à l'exhaustivité, le tableau suivant tente d'associer aux fonctions identifiées précédemment, les publics (professionnels, étudiants français ou étrangers,...) exerçant ou susceptibles d'exercer ces fonctions et pour lesquelles s'expriment des besoins de formation et de recherche que nous rassemblons ici sous des intitulés génériques

#### Fonctions, publics et besoins en formation et recherche

Fonctions	Publics	Besoins
<b>Observation, surveillance de l'état de santé, identification et analyse des problèmes de santé</b>	Cadres de l'administration centrale, des services déconcentrés des ARH, des collectivités territoriales, experts (médecins, pharmaciens ...) des agences, des organismes de protection sociale, des URML, des ORS, des centres de dépistage, de la médecine scolaire et du travail, étudiants, étrangers (étudiants et professionnels).	Formations académiques (FI/FC) : master professionnel, master recherche, doctorat,  Formations professionnelles initiales,  Formations professionnelles permanentes : adaptation à l'emploi, sessions courtes (catalogues ou sur mesure), formations ou cycles long(ue)s validé(e)s par des ECTS ou un diplôme d'établissement (DU ?), modules d'EAD.
<b>Conception et développement de politiques et d'actions intersectorielles destinées à l'amélioration de la santé, à l'accès aux soins</b>	Cadres de l'administration centrale, des services déconcentrés, des ARH, des collectivités territoriales, élus, experts (médecins, pharmaciens) des agences, des organismes de protection sociale, des URML, des COTOREP, de la médecine scolaire et du travail, professionnels jeunesse et sport, des GRSP (dont les associations), étudiants, étrangers (étudiants et professionnels).	Formations académiques (FI/FC) : master professionnel,  Formations professionnelles initiales,  Formations professionnelles permanentes : adaptation à l'emploi, sessions courtes (catalogues ou sur mesure), formations ou cycles long(ue)s validé(e)s par des ECTS ou un diplôme d'établissement (DU ?), modules d'EAD.
<b>Direction et gestion d'organisations, de services et de réseaux sanitaires et sociaux</b>	Directeurs et cadres des établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux des secteurs public et privé, présidents de CME, PH, directeurs des soins, cadres supérieurs de santé, administrateurs, cadres des ARH, des UGECAM, des collectivités territoriales, élus, médecins coordonnateurs d'EHPAD, étudiants, étrangers (étudiants et professionnels).	Formations académiques (FI/FC) : licence, master professionnel, CAFDES, master recherche, doctorat,  Formations professionnelles initiales,  Formations professionnelles permanentes : adaptation à l'emploi, sessions courtes (catalogues ou sur mesure), formations ou cycles long(ue)s à orientation managériale validé(e)s par des ECTS ou un diplôme d'établissement (mastère spécialisé ?), modules d'EAD.

<p><b>Régulation, planification en santé publique, inspection et contrôle</b></p>	<p>Cadres de l'administration centrale, des services déconcentrés, des ARH, des collectivités territoriales, des organismes de protection sociale, experts des agences, étudiants, étrangers (étudiants et professionnels).</p>	<p>Formations académiques (FI / FC) : master professionnel,</p> <p>Formations professionnelles initiales,</p> <p>Formations professionnelles permanentes : adaptation à l'emploi, sessions courtes (catalogues ou sur mesure), formations ou cycles long(ues) validé(e)s par des ECTS ou un diplôme d'établissement (DU ?), modules d'EAD.</p>
<p><b>Observation, surveillance, analyse et gestion des situations de risques sanitaires liés à l'environnement</b></p>	<p>Cadres et experts (médecins, pharmaciens ingénieurs) de l'administration centrale, des services déconcentrés (y compris DRIRE), des agences, des bureaux d'études, des entreprises, étudiants, étrangers (étudiants et professionnels).</p>	<p>Formations académiques (FI / FC) : diplôme d'ingénieur, master professionnel, master recherche, doctorat,</p> <p>Formations professionnelles initiales,</p> <p>Formations professionnelles permanentes : adaptation à l'emploi, sessions courtes (catalogues ou sur mesure), formations ou cycles long(ue)s validé(e)s par des ECTS ou un diplôme d'établissement, modules d'EAD.</p>
<p><b>Mise en œuvre de mesures de sécurité sanitaire</b></p>	<p>Cadres, experts (médecins, pharmaciens ingénieurs) et techniciens de l'administration centrale, des services déconcentrés (y compris DRIRE), des agences, des bureaux d'études, des entreprises, des centres hospitaliers, étrangers (étudiants et professionnels).</p>	<p>Formations académiques (FI / FC) : licence, diplôme d'ingénieur, master professionnel,</p> <p>Formations professionnelles initiales,</p> <p>Formations professionnelles permanentes : adaptation à l'emploi, sessions courtes (catalogues ou sur mesure), formations ou cycles long(ue)s validé(e)s par des ECTS ou un diplôme d'établissement, modules d'EAD.</p>
<p><b>Recherche en santé publique</b></p>	<p>Experts (médecins, pharmaciens ingénieurs) de l'administration centrale, des services déconcentrés (y compris DRIRE), des agences, des bureaux d'études, des entreprises, étrangers (étudiants et professionnels).</p>	<p>Formations académiques (FI / FC) : diplôme d'ingénieur, master recherche, doctorat,</p> <p>Formations professionnelles permanentes : séminaires, EAD.</p>

Les analyses et les exemples ci-dessus montrent qu'une approche globale, interdisciplinaire et déssectorisée des questions de santé publique paraît bien être la condition du succès des politiques et des actions à conduire pour prendre en compte les déterminants de santé. Le rapport IGAS/IGAENR ne disait pas autre chose affirmant que « *compte tenu des évolutions qu'a enregistré le champ de la santé publique, le spectre des disciplines concernées par le projet doit être très large* »<sup>38</sup>

<sup>38</sup> Rapport relatif à la création de l'EHESP ; avril 2004 ; p. 3

## 2<sup>ème</sup> partie : Mettre en commun les ressources et les activités

Cet objectif est clairement énoncé par la loi qui énumère les compétences de l'EHESP.

*« 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<sup>39</sup>. »*

Cette liste invite à réfléchir à deux questions principales parce que les réponses apportées fixeront les caractéristiques de la future école :

- quelle place pour les formations actuellement délivrées par l'ENSP dans l'EHESP ?
- quelle est la méthode la plus pertinente pour construire le réseau national mentionné par le législateur ?

Le choix fait de privilégier ces deux questions est la traduction du souci de « fonder l'EHESP » c'est-à-dire de lui donner d'emblée un socle qui la rende visible et crée les conditions de son développement. Il ne saurait être interprété comme la traduction d'une autre hiérarchie des préoccupations. La participation de l'Ecole aux activités de recherche en santé publique et le développement de ses liens internationaux sont évidemment des sujets majeurs qui devront être pensés et organisés. Mais ils relèvent d'une stratégie de moyen et long termes alors que l'agencement des relations entre l'actuelle école de service public et le réseau des formations académiques est une question qui doit être examinée au moment où se construit l'EHESP pour éviter des mal formations de naissance qui pourraient être fatales à la nouvelle institution.

<sup>39</sup> 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.

## **1 - La place des formations professionnelles destinées aux élèves fonctionnaires**

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>40</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>41</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 d'un réseau « *national favorisant la mise en commun des ressources et des activités des différents organismes publics et privés compétents* »<sup>42</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>43</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.

---

<sup>40</sup> L'article 86 de la loi est ainsi rédigé : « *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.* »

<sup>41</sup> L'article 30 du projet est ainsi rédigé : « *A la date d'installation des conseils de l'EHESP dans leur formation plénière, le décret n° 93-703 du 27 mars 1993 est abrogé* »

<sup>42</sup> Art. 84 et 85 de la loi précitée.

<sup>43</sup> L'article 10-4° du projet de décret précité offre également la possibilité de créer un SAIC.

Les départements et les services communs, quelles que soient leurs fonctions, sont créés par le conseil d'administration de l'EHESP<sup>44</sup>. Les instituts sont créés, sur proposition du conseil d'administration de l'Ecole, par arrêté conjoint des ministres exerçant la tutelle<sup>45</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'Ecole pour trois ans s'agissant des services communs.

Telles sont les données permettant de se prononcer sur la forme la mieux adaptée à l'intégration de 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'en conséquence elle peut légitimement nourrir pour choisir enfin, mais enfin seulement, 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 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<sup>46</sup> ;*

---

<sup>44</sup> Art. 10-4° du projet de décret précité.

<sup>45</sup> Art. 16 du projet de décret précité.

<sup>46</sup> On peut sans doute considérer que les missions de formation professionnelle confiées à la future EHESP se situent dans la continuité de celles qui incombent aujourd'hui à l'ENSP qui pourvoit, au titre du 1° précité, à la formation initiale et continue :

- de fonctionnaires des services déconcentrés des ministères chargés de la santé et des affaires sociales :
  - o inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (IASS) ;
  - o médecins inspecteurs de santé publique (MISP) ;
  - o pharmaciens inspecteurs de santé publique (PHISP)
  - o ingénieurs d'étude sanitaire (IES)
- de fonctionnaires des établissements publics de santé, sociaux ou médico-sociaux :
  - o directeurs d'établissements publics de santé (DH) ;
  - o directeurs de soins (DS) ;
  - o directeurs d'établissements publics sociaux (DES) ;
  - o directeurs d'établissements publics sanitaires et sociaux (DESS)

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'Etats et d'organisme de recherche ou de formation étrangers.

Pour mener à bien ces missions l'Ecole s'est dotée d'une organisation en trois départements pédagogiques, en une dizaine de filières professionnelles, deux laboratoires et des services supports. Pourvue d'un corps enseignant permanent (70 personnes) elle fait appel à de très nombreux chargés de cours (1600 par an) et dispose d'un budget annuel de 50 millions d'euros.

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

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

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

---

et qui participent au titre du 2° à la formation de fonctionnaires exerçant dans d'autres ministères ou collectivités publiques :

- les médecins de l'éducation nationale (MEN) ;
- les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO)
- les médecins territoriaux (MT) ;

ou dans le secteur privé :

- directeurs d'établissements sociaux privés préparant le certificat d'aptitude (CAFDES)
- ingénieurs du génie sanitaire (IGS).

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'Ecole 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 cet 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.

A 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.

*« Les cursus proposés doivent alors 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>47</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 évoquées plus haut et les missions qu'elles assument<sup>48</sup>. On peut aussi se référer aux grandes fonctions de la santé publique admises au niveau international<sup>49</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 prendre en charge la première mission que la loi lui confie : former ceux que, dans d'autres systèmes, on appellerait des « administrateurs de santé » et qui sont en France, pour l'essentiel, les fonctionnaires oeuvrant dans le champ sanitaire et social pour l'une des trois fonctions publiques.

---

<sup>47</sup> Ph. LECORPUS « Pourquoi créer une EHESP » in « Objectif EHESP » ENSP mars 2004 p. 5-8

<sup>48</sup> HARVARD : "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 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'Ecole le 9 janvier 2006) ; London School : "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'Ecole le 9 janvier 2006)

<sup>49</sup> Pommier J. "Quelles sont les fonctions essentielles de santé publique ? Revue de littérature", Société Française de Santé Publique, janvier 2003. (cf tableau in fine)

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 diplôme en santé publique sur l'ensemble du territoire national, poussent d'ailleurs, pour le moment, à pérenniser cette situation et à dissocier formation professionnelle et formation académique. Les premières pourraient, ce qui, sauf exception, n'est pas le cas aujourd'hui, déboucher sur des diplômes professionnels authentifiés par un arrêté conjoint des ministres exerçant la tutelle sur l'école. Les secondes ont *a priori* vocation à se développer dans d'autres composantes de l'EHESP et, à être ouvertes, aux élèves fonctionnaires qui souhaiteraient s'y inscrire. 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 habilitée dans le champ des sciences humaines et sociales mention santé publique et intitulé « politique et gestion en santé publique »<sup>50</sup> s'inspirant de ce qui se pratique dans les écoles anglo-saxonnes de santé publique sous la bannière « *Health Policy and Management* »<sup>51</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 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 ».

---

<sup>50</sup> cf. maquette en annexe n° 1

<sup>51</sup>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/). Cette proposition soutenue par le rapporteur ne fait pas l'unanimité au sein du groupe de travail.

Dans le premier cas, la spécificité de la mission unique conduit à préconiser la création d'un institut très autonome au sein de l'EHESP et bénéficiant de financements *ad hoc*, d'institutions propres dérogeant aux principes de gouvernement des EPSCP en ce que, notamment, elle prévoit 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'Ecole 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 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'Ecole 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, pourrait être érigés en services communs. Quel que soit le périmètre de ses missions, la composante chargée d'organiser les formations visées au 1<sup>o</sup> des missions confiées à l'EHESP 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 ses propres moyens, 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>52</sup>.

---

<sup>52</sup> 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. Ceci limite les possibilités d'autonomie d'un éventuelle institut des formations destinées aux élèves fonctionnaires.

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’Ecole et de renforcer leurs effectifs tant il est vrai que leur charge de travail excède déjà, souvent, leur capacité de faire.

Pour accueillir ce projet de rapprochement entre les formations délivrées aux fonctionnaires du champ sanitaire et social et des formations universitaires en santé publique le législateur a choisi de créer un EPSCP en forme de grand établissement :

*« Le statut d’établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel (EPSCP) qui permet le mieux d’atteindre l’objectif d’une mise en réseau des ressources existantes. Il permet d’envisager :*

- 1° Un statut universitaire bénéficiant de la triple tutelle éducation nationale, recherche et santé ;*
- 2° Des enseignements pluridisciplinaires ;*
- 3° De diplômer aussi bien des médecins que des professionnels formés en sciences des ingénieurs ou en sciences administratives au niveau bac + 3, Bac + 5 et bac + 8 ;*
- 4° La création d’un pôle parisien permettant de fédérer des équipes actuellement dispersées au sein de l’INSERM, de l’Institut Pasteur, des facultés de Médecine et de Pharmacie, du Conservatoire national des arts et métiers (Cnam) et des agences sanitaires.*

*5° De créer un réseau national de formation en santé publique pour mutualiser les compétences et les instituts disponibles dans l’ensemble du pays et notamment à Bordeaux (Institut de santé publique et d’épidémiologie - ISPED, art 33 loi Savary) et à Rennes (ENSP). Au sein de l’EHESP, il sera possible d’élaborer des maquettes nationales de formation au niveau bac + 3 et + 5. Les établissements affiliés pourront ainsi délivrer des diplômes nationaux. Ils pourront garder une large autonomie de gestion. Leur existence n’est pas remise en cause et leur mise en réseau permettra de concevoir un schéma national de formations en santé publique utilisant au mieux les spécificités de chacun des établissements affiliés. Par exemple, il sera ainsi possible de valoriser dans un cadre universitaire les spécificités de l’ENSP, notamment en matière de gestion des établissements hospitaliers, de formation des corps d’inspection ou en santé environnementale ;*

*6° Une véritable visibilité nationale et internationale ;*

*7° De passer des conventions avec les autres établissements universitaires.<sup>53</sup> »*

<sup>53</sup> Exposé des motifs de la loi du 9 août 2004

Ce « programme » appelle quelques commentaires nés de la réception du projet par les parties susceptibles de contribuer à sa mise en œuvre.

Le statut de grand établissement a été choisi parce qu'il offre une plus grande plasticité que le statut universitaire de droit commun. Il permet en effet, sans déroger aux principes d'autonomie et de démocratie, qui sont au principe de l'organisation et du fonctionnement des établissements d'enseignement supérieur, des aménagements permettant de prendre en compte la spécificité des missions et notamment l'existence d'une fonction actuellement dévolue à une école de service public et des fonctions classiques d'enseignement et de recherche incombant aux EPSCP. Cet équilibre nécessaire doit être inscrit dans le décret constitutif de l'EHESP. Le groupe de travail n'était pas missionné pour participer à l'écriture de ce décret. Il s'est toutefois préoccupé de son contenu tant il lui a paru difficile de faire des propositions pédagogiques et scientifiques sans faire de préconisations au sujet de l'organisation et du pilotage de la future école.

Il a vivement souhaité que la composition des conseils et plus généralement, les choix fait en matière de gouvernance de l'EHESP, reflètent clairement l'ambition décrite ci-dessus et qui, rappelons-le, seule, justifie le projet dont il est ici question. Il lui a paru indispensable d'affirmer que le directeur de l'Ecole devait être une personnalité que ses compétences, ses travaux rendent immédiatement légitime aux yeux de ceux qui sont concernés par cette réforme. Dans le même état d'esprit il lui paraît essentiel que le conseil scientifique fasse une très large place à des enseignants et chercheurs de stature internationale dans le champ de la santé publique qu'ils soient français ou étrangers. Enfin il juge nécessaire que la composition du conseil d'administration garantisse l'autonomie de l'établissement comme cela est la règle pour les EPSCP.

Au-delà de ces aspects d'organisation le maître mot qui a guidé la réflexion du groupe de travail est, comme la loi le prévoit, le mot « réseau ». La constitution de celui-ci est le mode opératoire pertinent pour assurer la « mise en commun des ressources pédagogiques » voulue par le législateur. Il est assez vite apparu que celui-ci se constituerait, dans un premier temps, du moins sur une base conventionnelle permettant le rapprochement entre des équipes universitaires et l'EHESP incluant les activités actuellement prises en charge par l'ENSP.

## **2 - Un réseau délivrant des formations en santé publique**

La loi exige que l'EHESP « assure un enseignement supérieur en matière de santé publique ». L'hypothèse d'une école (serait-ce d'ailleurs encore une « école » dans ce cas ?) simplement chargée de mettre à la disposition des institutions existantes les outils leur permettant de mutualiser leurs ressources et leurs activités n'est donc pas pertinente. L'EHESP doit être un offreur de formation en même temps qu'un incitateur à la mise en commun, dans le cadre d'un réseau, des ressources pédagogiques existantes.

La création d'un tel réseau n'est pas un exercice simple. Les universités, pour ne parler que d'elles, sont aujourd'hui engagées dans des « chantiers » pédagogiques très structurants avec lesquels l'EHESP devra s'accorder. Parmi ceux-ci on peut citer :

- la contractualisation incluant la deuxième vague d'habilitation des masters et le développement des écoles doctorales qui traduit une politique d'établissement tendant à affirmer l'identité de ceux-ci au détriment d'un positionnement trop généraliste ;
- la création, dans le cadre de la loi recherche de pôles régionaux d'enseignement supérieur (PRES) visant à donner un corps juridique et fonctionnel à la politique de site impulsée depuis plusieurs années (notamment à travers les habilitations) par la Direction de l'enseignement supérieur ;
- les attentes des grands organismes de recherche qui poussent à une recomposition des équipes de recherche tendanciellement trop dispersées disciplinairement et géographiquement.
- L'intégration des études médicales dans le dispositif LMD.

La création d'un réseau dans le cadre de l'EHESP ne s'inscrit pas *a priori* de façon harmonieuse dans ces mouvements. Les calendriers ne coïncident pas, les objectifs n'ont aucune raison d'être convergents et chaque entité forte de son autonomie, de son identité, des réseaux auxquels elle participe peut se sentir faiblement concernée par ce qui apparaîtra plus comme une contrainte que comme une ressource.

Dans ce contexte la question des moyens est importante. Elle est certes, comme le veut une pratique déjà ancienne et qui a fait ses preuves en matière d'enseignement supérieur, liée à la définition des objectifs et à leur inscription dans un contrat d'établissement. Mais ce qui vaut en régime de croisière doit être ici adapté pour tenir compte du fait que l'on crée un nouvel établissement de façon tout à fait inhabituelle :

- avec une école de service public à forte identité ;
- un réseau fédérant des activités et des ressources existantes dans un contexte d'autonomie universitaire ;
- une offre pédagogique propre si l'on veut bien se rappeler qu'il s'agit de créer une « école ».

Dans ce contexte le souci d'efficacité conduit à recommander la constitution d'un noyau de départ appuyé sur des équipes les plus fortement constituées afin de créer les conditions d'un développement ambitieux dans le cadre d'une contractualisation avec l'Etat. Cette approche ne saurait être seulement « géographique ». Elle doit aussi permettre de fonder la construction de l'EHESP sur des sous-ensembles à forte identité pédagogique et scientifique dans un des domaines d'enseignement et de recherches constitutifs de la santé publique. La maîtrise des outils méthodologiques, socle d'une approche scientifique des questions de santé publique, est le premier et conduit à proposer la structuration d'un premier pôle en épidémiologie et biostatistique<sup>54</sup>. Il est ensuite difficile de définir une autre priorité. Mais la conjonction de l'existant en matière d'offre pédagogique et scientifique et de la « demande sociale » amène à suggérer la constitution d'un pôle en management et politiques de santé. Cette base bipolaire (2.1) permettrait de donner très vite une consistance au projet EHESP, de le rendre visible et de lui donner des chances réelles de développement, autour d'axes thématiques permettant de se rapprocher fonctionnellement du standard international (2.2), au rythme des contrats quadriennaux qui seront conclus entre l'école et l'Etat.

---

<sup>54</sup> D'aucuns pourraient soutenir que la priorité doit concerner les sciences humaines et sociales car d'une part c'est une tendance lourde au plan international et d'autre part cette option est la plus cohérente dans le contexte d'une approche par les déterminants de santé. Mais elle se heurte à la nécessité d'être pragmatique et au fait que le potentiel d'enseignement et de recherche est, dans ce sous ensemble de la santé publique, particulièrement fragmenté et peu organisé.

## 2. 1 - Les deux pôles fondateurs : Epidémiologie; management et politiques de santé.

### A) Epidémiologie

L'épidémiologie est enseignée dans toutes les facultés de médecine<sup>55</sup> et trouve, dans les agences sanitaires des espaces privilégiés d'exercice et de développement. Mais les pôles d'enseignement et de recherche s'ils sont nombreux sont très différents les uns des autres et les effectifs d'enseignants et de chercheurs sont insuffisants pour faire face à la croissance de la demande de formation, de production de connaissances, d'expertise<sup>56</sup>. Dans ce paysage atomisé, trois institutions se détachent du fait de leur organisation et de leur visibilité nationale et internationale : les deux départements de santé publique parisiens et l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) installée à Bordeaux.

A Paris deux départements de santé publique se signalent par leur organisation et leur notoriété mais aussi parce qu'ils hébergent les deux seules écoles doctorales de santé publique existant en France situées, pour l'une à Paris VI et dirigée par le Pr. Jacques Alain VALLERON, pour l'autre à Paris XI et dirigée par le Pr. Denis HEMON<sup>57</sup>.

- Le département de Paris VI offre un master de santé publique avec 4 spécialités de recherche et 2 spécialités professionnelles<sup>58</sup>. L'école de santé publique dénommée « *Epidémiologie et sciences de l'information biomédicale* » compte 133 inscrits dont 21 allocataires de recherche et reçoit chaque année entre 25 et 30 nouvelles inscriptions<sup>59</sup>. Cette offre pédagogique s'appuie sur un réseau de plus de 20 équipes d'accueil (dont les 5 unités INSERM de Paris VI) situées à Paris V, VII, XIII mais aussi à l'IRD ou à l'Institut Pasteur.

- Paris Sud est organisé de façon comparable et offre un master de santé publique et une école doctorale dans le cadre d'un réseau qui réunit les universités Paris XI, V, XII, de Versailles Saint-Quentin et l'Ecole vétérinaire de Maison-Alfort. Ce département qui compte 120 inscrits en thèse s'appuie lui aussi sur un réseau d'équipes de recherche (une quinzaine, dont douze unités INSERM ou CNRS)<sup>60</sup>.

---

<sup>55</sup> Sur l'enseignement et la recherche en épidémiologie voir JA VALLERON rapport à l'Académie des Sciences février 2006 et notamment les chapitres 2.1 « l'épidémiologie humaine » et 9.1 « La formation en épidémiologie à l'université ».

<sup>56</sup> cf. la conclusion du rapport VALLERON précité et notamment le point 1.1 : « Une forte demande de la société en épidémiologie »

<sup>57</sup> L'ISPED poursuit activement le projet de constituer à Bordeaux une telle école de santé publique. Par ailleurs, dans les autres universités, les thèses de santé publique sont soutenues dans le cadre d'école doctorale qui, le plus souvent, couvre l'ensemble du champ des disciplines médicales ce qui, évidemment, ne contribue pas à la visibilité de la recherche en santé publique.

<sup>58</sup> Les spécialités de recherche sont : l'épidémiologie, la biomathématique, les méthodes de l'évaluation thérapeutique, la pharmacologie clinique. Les spécialités professionnelles sont : marketing et santé, santé communautaire.

<sup>59</sup> Chiffres cités par le Pr. A. VALLERON lors de son audition précitée devant le groupe de travail.

<sup>60</sup> Informations données par le Pr. A. SPIRA lors de son audition par le groupe de travail le 14 février 2006. L'IFR a été fondé par l'Etat (ministère de la santé, l'INSERM, le CNRS, l'université Paris XI, l'AP-HP, le département du Val de Marne.

L'offre de formation, de recherche et d'expertise de Paris Sud est structurée par un Institut Fédératif de Recherches (IFR) depuis novembre 2005. Cet institut développe ses activités autour de trois axes :

- l'environnement pré et post natal et son influence sur le développement et la santé des enfants et des adultes (suivi d'une cohorte de 3000 personnes) ;
- l'épidémiologie des interactions « génétique/environnement » dans les cancers ;
- la connaissance et l'évaluation des pratiques en médecine générale.

Cette description sommaire montre qu'il y a là deux réseaux géographiquement proches et plus complémentaires que concurrents qui pourraient, par leur rapprochement, former le noyau constitutif d'un « pôle parisien » de l'EHESP. Cela n'est évidemment pas exclusif ou limitatif. Il convient de tenir compte de l'existence d'autres institutions offeuses de formation et de recherche en santé publique et notamment le CNAM ou d'autres universités de la région parisienne. Mais, de façon pragmatique et inscrite dans la durée, l'idée d'un noyau constitutif permettant de donner assez rapidement une consistance réelle et de haut niveau à ce « pôle parisien » paraît être de bonne politique.

L'université Bordeaux 2 est le siège de la seule UFR de santé publique constitué en France qui est, dans le cadre de l'article 33 de la loi Savary, l'ISPED né « *du désir d'un groupe d'enseignants chercheurs, rattachés à des facultés de médecine de Bordeaux, d'appréhender la santé publique comme elle devait l'être, c'est-à-dire comme une discipline beaucoup plus large que ce qu'elle est dans le CNU médical* »<sup>61</sup>. Au sein de la même université se trouve un IFR de santé publique. Le master de santé publique comporte deux spécialités de recherche en épidémiologie et biostatistique et six spécialités professionnelles. Par ailleurs l'ISPED est très tourné vers l'international et développe un important programme d'enseignement à distance en direction des pays francophones qui se traduit notamment par l'existence du réseau « épidémiologie et santé publique » (ESPEL) qui offre, sur internet, les ressources communes d'universités françaises, belge et du pourtour méditerranéen des ressources dans ces domaines. A ce potentiel de formation s'ajoute les équipes de recherche dont l'U 593 de l'INSERM dirigée par le Pr. R. SALAMON intitulé « *santé publique et développement* ».

---

<sup>61</sup> Pr. Louis Rachid SALMI directeur de l'ISPED devant le groupe de travail le 16 novembre 2005.

Compte tenu de leur proximité dans le champ de l'épidémiologie et du fait que loin d'être concurrentielles, elles sont complémentaires, les équipes parisiennes précitées et l'équipe bordelaise pourraient utilement se rapprocher pour constituer l'armature du réseau d'enseignement et de recherche de l'EHESP en matière d'épidémiologie et de biostatistique pour offrir un master commun avec, le cas échéant, des spécialités différentes tenant compte des savoir faire respectifs des équipes et constituer une seule école doctorale au sein de laquelle la mutualisation des ressources permettrait d'offrir aux doctorants et post doctorants français et étrangers un encadrement national et international de très haut niveau.

Il va sans dire que l'enseignement et la recherche en épidémiologie ou en biostatistique existent ailleurs que dans ces trois endroits. Rien n'interdit de réfléchir plus tard à l'agrégation de telle ou telle autre équipe à ce noyau de départ. Mais, compte tenu de la taille des équipes concernées, de leur notoriété, de leur position dans le champ de la formation et de la recherche, la constitution de ce noyau de départ, comme elle est ici proposée offre la garantie d'un démarrage effectif à un niveau conforme à l'ambition affichée.

## B) Management et politiques sanitaires et sociales

Cette composante de l'enseignement et de la recherche en santé publique existe dans les trois écoles de référence précitées<sup>62</sup>. Elle a peu d'équivalent en France même s'il existe ici ou là des formations et des équipes de recherche s'intéressant aux « services de santé » ou aux « politiques de santé » dans des UFR ou des équipes qui peuvent être indifféremment médicales ou extra médicales.

Du fait de ses missions de formation des gestionnaires publics des établissements et des services sanitaires et sociaux, l'actuelle ENSP, dispose d'une offre pédagogique qui peut, sans difficulté, être rattachée à ce champ. Pour autant, elle ne saurait à elle seule fournir la matière d'un pôle dédié au sein de l'EHESP. Il faut l'enrichir pour lui donner une dimension universitaire qu'elle n'a pas. Cet objectif peut être assez rapidement atteint en se fondant, là encore, sur l'existant.

L'ENSP dont les droits et obligations seront, par application de la loi, transférés à l'EHESP est aujourd'hui le coproducteur pédagogique de deux masters dûment habilités :

- « *Education à la santé en milieu scolaire* » avec l'Université d'Auvergne, l'IUFM d'Auvergne et l'IUFM de Lyon ;
- « *Droit, éthique, santé et protection sociale* » avec l'université Rennes 1.

Ces diplômes peuvent, sans difficultés majeures, faire l'objet d'une cohabilitation permettant à l'EHESP de les co-délivrer ce qui permettraient sans doute comme le notait le Directeur général de la Santé lors de son audition devant le groupe de travail d'attirer de nouveaux étudiants sensibles au label EHESP et de diversifier le recrutement de ces formations<sup>63</sup>.

Pour compléter l'offre pédagogique dans le domaine du management et des politiques de santé, une maquette de master intitulé « Politique et gestion en santé publique » a par ailleurs été construite en partenariat par l'actuelle ENSP avec l'IEP de Rennes (université Rennes 1). Habilité ce diplôme pourrait être ouvert dès la rentrée universitaire 2006-2007 par l'EHESP.

Ce Master a pour ambition de fournir aux étudiants les outils et les connaissances nécessaires à la compréhension des enjeux de santé publique. Il porte à la fois sur l'apprentissage de disciplines et de savoir-faire de base en santé publique et sur l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des différentes fonctions que les professionnels de santé publique et de l'action sanitaire et sociale ont ou auront à remplir aux différents niveaux du système : local, régional, national, européen, voire international, dans le secteur public comme dans le secteur privé.

---

<sup>62</sup> Sous des intitulés différents : « Health policy unit » and « Health service research unit » London School ; « Health policy and management » Harvard ; Johns Hopkins.

<sup>63</sup> Pr. Didier HOUSSIN, le 14 février 2006.

L'encadré ci-dessous donne une indication des profils et métiers auxquels le master permet d'accéder :

### **Métiers/ profils de professionnels**

- chargés de mission auprès des agences régionales de l'hospitalisation (ARH),
- responsables des pôles sociaux, de planification et de santé publique dans des services déconcentrés,
- responsables d'ingénierie en santé publique et de politique de cohésion sociale (collectivité territoriales),
- cadres des établissements de santé, médico-sociaux, responsables de pôle (hôpitaux et cliniques),
- coordonnateurs de réseaux de soins ville - hôpital,
- chargés de mission, d'audit et d'évaluation auprès des agences, des organismes de sécurité sociale, des mutuelles ou des associations privées gestionnaires de services, bureaux d'études,
- médiateurs ou pilotes de réseaux d'acteurs chargés de la gestion des crises sanitaires.
- concours de recrutement des fonctions publiques (Etat, hospitalière, territoriale)

Ce projet traduirait l'ambition de l'EHESP d'offrir une formation de haut niveau reposant sur une approche intégrée des politiques et de la gestion des services concourant à l'amélioration de l'état de santé des populations.

Il est donc situé dans le domaine des sciences humaines et sociales afin de privilégier leurs apports sur les questions de santé publique comme celles relatives aux inégalités de santé, à l'évolution des acteurs et des institutions chargés de la mise en œuvre des politiques de santé publique, à la gestion individuelle et collective des risques liés à la santé, au développement des maladies chroniques et aux problématiques du vieillissement de la population.

Ce master aurait vocation à intéresser un public mixte fait d'étudiants et de professionnels aux parcours divers et à leur faire acquérir des connaissances et compétences communes dans le domaine de la santé publique. Il serait particulièrement adapté à :

- des professionnels qui, dans le cadre de la formation continue, souhaitent renforcer leurs connaissances et leurs compétences en santé publique ;
- des étudiants titulaires d'une licence souhaitant se spécialiser en santé publique ;
- des étudiants déjà titulaires d'un master dans un des champs disciplinaires mobilisés dans le cadre de la présente maquette et qui souhaiteront ajouter à leur parcours initial une spécialisation en santé publique ;
- des élèves fonctionnaires scolarisés au sein de l'actuelle Ecole Nationale de la Santé Publique et souhaitant renforcer la composante santé publique de leur formation professionnelle initiale.

Il va sans dire que l'habilitation à délivrer un master ne peut être sollicitée sans que soit démontré l'existence d'un fort adossement à la recherche dans le champ concerné.

Les recherches réalisées sur le site de Rennes dans les disciplines du droit, de la sociologie, de la gestion, de l'économie, de la démographie, des sciences politiques, des sciences de la communication et de la santé publique ont été fédérées à l'intérieur du Laboratoire d'Analyse des Politiques Sociales et Sanitaires (LAPSS) qui compte une trentaine de membres, dont sept enseignants chercheurs à temps plein ou à temps partiel<sup>64</sup> et est associé à une Unité mixte de recherche (UMR), le CRAPE (CNRS Université de Rennes 1 et IEP de Rennes). Le rapport d'évaluation de la commission 40 du CNRS au printemps 2003 a classé le CRAPE en A à l'unanimité. Le rapport mentionnait : «Sur le plan organisationnel, le projet le plus porteur est la fusion du CRAPE et du LAPSS de l'ENSP»<sup>65</sup>.

Les deux pôles ainsi constitués formeraient une base permettant de donner un corps à l'EHESP dès son ouverture et de créer les conditions du développement. Au-delà, il est évidemment hasardeux de se prononcer sur les voies à emprunter en priorité. Les instances de l'EHESP auront à en décider. Toutefois certaines pistes semblent s'imposer de façon assez évidente soit parce que le potentiel existant permet d'espérer un développement rapide soit parce qu'elles correspondent à une forte demande sociale. On peut, à ce stade, en citer trois à titre d'exemples :

- économie de la santé
- santé environnementale
- santé internationale

---

<sup>64</sup> Les membres du Lapss sont : 7 chercheurs associés appartenant au corps enseignant de l'ENSP, 4 professionnels participant régulièrement à la recherche, 9 doctorants et 7 chargés d'études. Par ailleurs un projet de Maison des Sciences de l'Homme (MSH) fédérant les quatre universités bretonnes et les écoles entre en phase de mise en œuvre et comporte un axe « Santé et société » dont l'ENSP aujourd'hui, l'EHESP demain, est le pilote.

<sup>65</sup> Voir la liste des partenariats de recherche à l'Annexe 1 de ce document.

## 2.2 – Les axes thématiques de développement

### Economie de la santé

Si personne ne doute du fait que l'épidémiologie, la biostatistique sont des disciplines constitutives de la santé publique universitaire, la situation de l'économie de la santé est un peu différente. Car si elle est aussi un sous-ensemble de l'enseignement et de la recherche en santé publique<sup>66</sup> mais elle est, en même temps, un champ d'application de la discipline universitaire que sont les sciences économiques. Cette dualité n'est pas confortable pour le développement de l'économie de la santé. D'une part, l'enseignement de l'économie de la santé par des Professeurs de santé publique suscite régulièrement des réserves de la part des enseignants relevant des sections d'Economie du CNU. D'autre part, elle ne permet pas aux économistes qui le souhaitent de s'intéresser comme ils le voudraient à l'économie de la santé car, ce faisant, ils risquent de mettre en péril leur carrière universitaire tant il est vrai que les pairs valorisent l'approfondissement disciplinaire fondamental plutôt qu'appliqué à un domaine particulier. Ce diagnostic vaut également pour le droit et probablement pour les sciences humaines et sociales.

Il explique probablement en partie la faiblesse de l'offre de formation qui fait dire au Pr. LE PEN que « *l'économie de la santé n'a pas de statut sur le plan de l'enseignement* »<sup>67</sup> faute de cursus complet et d'école doctorale qui lui soient dédiés. Par contre, pour continuer à citer le Pr. LE PEN, « *elle a un statut sur le plan de la recherche puisque nous avons des colloques, des organisations nationales et internationales, des revues avec des impact factors dans le monde des revues médicales et cotées, selon les cas, deux à trois étoiles dans les revues du CNRS* »<sup>68</sup>.

Au sein des universités françaises, les UFR de sciences économiques offrent aujourd'hui 5 masters recherche et 8 masters professionnels dans le champ de l'économie de la santé<sup>69</sup>.

---

<sup>66</sup> Cette « matière » est d'ailleurs répertoriée au CNU de santé publique dans l'intitulé d'une des sous section de la section 46 dénommée « épidémiologie, économie de la santé et prévention » comme l'est le droit de la santé dans la sous section « médecine légale et droit de la santé » .

<sup>67</sup> Pr. Claude Le PEN, président du collège des économistes de santé, audition par le groupe de travail le 14 février 2006.

<sup>68</sup> Ibid. Le Pr. LE PEN citant notamment les revues suivantes : « *Journal of Health Economics* », « *Value in health* » , « *Pharmacia Economics* », « *European Journal of Health Economics* »

<sup>69</sup> Informations recueillies sur le site du collège des économistes de la santé où l'on découvrira une offre qui ne se limite pas à celle des facultés de sciences économiques et qui est donc plus large que les 13 diplômes cités ici.

### 3 Masters recherche M2 (ex-DEA Diplôme d'Étude Approfondie) :

- **Paris XI** : Master M2 Santé publique, option économie de la santé (ancien DEA de Santé publique, option économie de la santé) ; Laboratoire(s) d'accueil : ADIS, CERMES, INSERM U379, INSERM U537 (CREGAS), IRDES, LEGOS, MATISSE
- **Université de Bourgogne** : Master Économie et Gestion - Spécialité économie des ressources humaines - Spécialisation économie de la santé - Laboratoire d'Economie et Gestion, UMR CNRS 5118
- **Université de Lyon I, Université d'Aix-Marseille II, Université de Rennes I, Université de Toulouse III** : DEA Méthode d'analyse des systèmes de santé - Laboratoire(s) d'accueil : LASS, Laboratoire d'analyse des systèmes de santé (15 doctorants par an), GRAPHOS : groupe de recherche et d'action pluridisciplinaire sur l'hôpital et les actions de santé, CNRS UMR 5823 (12 doctorants par an)

### 8 Masters professionnels M2 (ex- DESS, Diplômes d'études supérieures spécialisées) :

- **Université Paris IX Dauphine** : Master professionnel M2 - Économie et gestion des systèmes de santé et de protection sociale Laboratoire(s) d'accueil : Laboratoire d'Économie et de Gestion des Organisations de santé (LEGOS)
- **Université de Bourgogne** : Master professionnel M2 - Management et évaluation des organisations de santé ;
- **Université de la Méditerranée** : Master professionnel M2 "Économie, politiques et gestion publiques", Spécialité professionnelle *Évaluation des Politiques Publiques* (EPP) ;
- **Université Paris I** : DESS Économie et gestion des systèmes de santé - Laboratoire(s) d'accueil : CREGAS - Centre de Recherche en Économie et Gestion des Administrations de la Santé (INSERM U537 – CNRS ERS 387)
- **Université Rennes I** : DESS d'économie et de gestion des établissements sanitaires et sociaux (EGESS) - Laboratoire d'accueil : Centre de Recherche Rennais en Economie et Gestion (CREREG) ;
- **Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand** : DESS Économiste de la santé dans les Pays en Développement et en Transition - Laboratoire d'accueil : Centre d'Etudes et de Recherches sur le Développement International (CERDI), UMR CNRS 6587 ;
- **Université Montpellier I** : DESS Économie et Gestion des Cliniques et Établissements pour Personnes Agées (DESS EGCEPA) ;

- **Université Pierre Mendès-France de Grenoble, Ecole Nationale de la Santé Publique** : Master Management des Politiques Sociales (MPS) Exclusion, Enfance et Famille, Vieillesse et Gériatrie ;

Cet important potentiel peut évidemment être mobilisé dans le cadre de l'EHESP pour réfléchir, dans un premier temps, à une offre de formation commune enrichie des spécialités des uns et des autres et à des regroupements ponctuels au moment de la réponse à des appels d'offres en matière de recherche. Si l'on en croit le Pr. LE PEN une sollicitation en ce sens rencontrerait un écho favorable puisqu'il « *partage le constat qui est généralement fait que la France manque d'une grande école de santé publique (..) et on peut se réjouir qu'une solution à cette carence soit trouvée et (..) nous ne comprendrions pas vraiment de ne pas être dans la future école* »<sup>70</sup>

## Santé internationale

La France compte six instituts de médecine tropicale regroupés dans une association dénommée « *Institut Français de Médecine Tropicale et de Santé Internationale* »<sup>71</sup>. Ce réseau s'appuie sur des équipes de recherche labellisées et porte :

- un master professionnel de biologie et santé tropicale labellisé par la commission européenne et intitulé « *Complexes pathogènes tropicaux* » (Université Bordeaux 2) ;
- un master recherche « *Neuroscience et parasitologie tropicale* » (Université de Limoges)
- un master professionnel en ingénierie des systèmes de santé, mention « *Systèmes de santé dans les pays en voie de développement* » (Université d'Aix Marseille)

tout en développant une importante activité de recherche et d'expertise dans un contexte d'évidente ouverture internationale.

Ce réseau a fait part au groupe de travail de son vif intérêt pour une collaboration à l'EHESP et a même produit un document de travail proposant un montage juridique et opérationnel pour aller dans ce sens.

<sup>70</sup> Audition précitée le 14 février 2006

<sup>71</sup> Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée, Paris VII ; Institut Santé et Développement, Paris VI ; Centre de Formation et de Recherche en Médecine et Santé Tropicale ; Marseille ; Centre René LABUSQUIERE , Université Bordeaux 2 ; Institut d'Epidémiologie et de neurologie Tropicale, Université de Limoges.

## Santé environnementale

Pour répondre aux besoins du système de santé publique environnementale, trois grands champs de compétences sont aujourd'hui présents à l'EHESP par le biais du capital de départ que constitue l'actuelle ENSP :

- génie sanitaire : génies des procédés de prévention et de réduction des pollutions ;
- organisation de la gestion des risques : outils et méthodes en surveillance et alerte, évaluation des politiques de prévention ;
- méthodes d'exploration et d'évaluation des risques liés à la qualité des milieux : stratégie d'échantillonnage et métrologie environnementale et des expositions, épidémiologie.

Cette offre est assez naturellement complémentaire de formations universitaires comme le M2 à finalité professionnelle des universités PARIS V et XI intitulé « *Evaluation et gestion des risques liés à l'environnement* » dont l'ENSP est déjà partenaire. Cette complémentarité est également perceptible avec d'autres masters au titre desquels on peut citer :

- « Chimie et microbiologie de l'eau » Universités de Limoges, Poitiers, Rennes 1 (M2 recherche) ;
- « Evaluation, gestion des risques environnementaux et professionnels » au sein du M2 « Santé publique et environnement » Universités Nancy 1, Paris V, Strasbourg 1, Besançon, Dijon, Reims.

Il y a là matière à la constitution d'un réseau de formations et de recherche visant à l'élaboration d'un master national avec des spécialités professionnelles ou de recherche tenant compte de la diversité des équipes potentiellement intéressées par cette démarche.

## Les sciences humaines et sociales

L'objectif est de couvrir à terme la totalité du champ de la santé publique pour que l'EHESP assume les missions qui feront d'elles une école de santé publique au sens international du terme.

Elle doit donc impérativement se doter d'un département de sciences humaines et sociales appliquées à la santé publique. La difficulté tient ici au fait que les forces sont très dispersées et, par voie de conséquence, les équipes constituées d'une taille critique suffisante pour être visibles, rares. Exception dans ce paysage, L'EHESS est dans ce domaine un partenaire incontournable et probablement un point d'ancrage en ce qu'elle compte un grand nombre d'enseignants et de chercheurs en sciences humaines et sociales et en ce qu'elle fonctionne déjà comme un réseau réunissant autour de la santé des historiens, des sociologues, des juristes, des anthropologues<sup>72</sup>. L'objectif est, comme pour les autres axes de développement, de viser à la constitution d'une offre master SHS en santé publique débouchant sur une filière doctorale incluse dans l'école doctorale de santé publique de la future école.

---

<sup>72</sup> L'EHESS pilote un master Erasmus Mundus intitulé "*Health and welfare*" au sein duquel fonctionne un parcours de formation cohabilité entre l'EHESS et Paris 13 nommé "Santé, population et politique sociale".

## Conclusion

La création de l'EHESP est un processus juridique commencé avec le vote et la publication de la loi. Il se poursuivra avec la parution du décret pris en application des dispositions législatives, la nomination du directeur et la mise en place des instances qu'il prévoit. D'aucuns pensent qu'il faut se limiter à cela et donner mandat (est-ce nécessaire ?) aux instances (et en particulier au conseil scientifique) pour élaborer le projet pédagogique et scientifique de l'Ecole.

D'autres pensent qu'il faut non seulement faire cela mais donner, dès l'ouverture, une consistance pédagogique à l'EHESP en lui permettant d'inscrire, dès la première rentrée universitaire, des étudiants dans des diplômes dûment habilités.

Cette nécessité doit être prise en compte bien évidemment dans la durée. Elle sera traitée, comme il se doit, dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'Ecole et l'Etat. Mais elle doit aussi de façon impérieuse donner lieu à des décisions au moment de l'ouverture de l'EHESP faute de quoi la création elle-même et l'avenir de l'école seraient menacés.

Dès lors que la contrainte n'est pas retenue comme méthode de constitution du réseau des formations universitaires, la mise en commun des ressources pédagogiques ne peut se faire que sur la base du volontariat. Celui-ci peut trouver sa source dans la qualité du projet pédagogique et scientifique. Il peut aussi la trouver dans une volonté collective de saisir l'opportunité offerte par la création d'une nouvelle école de sortir l'enseignement et la recherche en santé publique de leur situation actuelle caractérisée par l'atomisation et corrélativement un manque réel de visibilité et, probablement, d'efficacité. Mais le volontariat est un pari risqué qui, s'il ne se met pas en marche, obérera de façon certaine la création de l'école. D'autant que si l'on compare les effectifs d'étudiants et d'enseignants titulaires des plus grosses équipes françaises existantes à ceux des écoles de référence, la nécessité de mobiliser des ressources nouvelles pour appuyer leur développement devient éclatante.

	Harvard	Johns Hopkins	London School
Etudiants inscrits	900	1700	850
Enseignants	400	500	235

	ISPED	Nancy	Paris Sud	Paris 6
Etudiants inscrits	1000	1000	600	1000
Enseignants	10	12	20	15

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

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

- Education 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 dévolue 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 fondamentale en matière d'enseignement et de recherche en santé publique<sup>73</sup>.

---

<sup>73</sup> 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

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 existant c'est à dire à coût constant et créé immédiatement une offre pédagogique de la future école.

Il s'agit de créer 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 biostatistique. C'est aussi couvrir le champ de la santé au travail, de la médecine internationale et/ou du développement<sup>74</sup> et, progressivement, tout ceux qui doivent figurer dans l'offre pédagogique d'une école des hautes études dévolue à la santé publique. C'est également se préoccuper de rayonnement et de coopération international. 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).

---

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".

<sup>74</sup> Cf. la proposition très prometteuse de collaboration faite par l'institut fédératif de médecine tropicale et internationale au groupe de travail en janvier 2006.

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'Ecole des Hautes Etudes 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 santé publique<sup>75</sup>.

Il va sans dire que ce projet doit être pensé dans la durée. L'ENSP va immédiatement se fondre, dans une forme à définir, dans l'EHESP, l'université y viendra sans doute de façon plus lente et, dans un premier temps, sur une base conventionnelle. 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.

---

<sup>75</sup> 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 ;

## Annexes

1 – Les membres du groupe de travail.....	57
2 – Les auditions du groupe de travail.....	58
3 – Maquette de master « Politique et gestion en santé publique ».....	59
4 – Les partenaires universitaires de l'ENSP aujourd'hui, de l'EHESP demain.....	95

## **Annexe 1 : Les membres du groupe de travail**

**Professeur Annick ALPEROVITCH**, Directrice de recherche INSERM, coordinatrice de l'Institut virtuel de recherche en santé publique

**Marie Caroline BONNET-GALZY**, Chef de l'inspection générale des affaires sociales

**Professeur Pierre BUEKENS**, Doyen de l'Ecole de Santé Publique et de Médecine Tropicale, Tulane University, Nouvelle Orléans

**Professeur Jacques A. BURY**, Directeur de l'ADSAN, agence pour le développement et l'évaluation des politiques de santé

**Professeur François COURAUD**, Professeur des Universités, chargé de mission à la Direction de l'enseignement supérieur

**Professeur Didier FASSIN**, Professeur des Universités, Directeur du centre de recherche sur la santé, le social et le politique (CRESP) et Directeur d'études à l'EHESS

**Professeur L. Rachid SALMI**, Professeur des Universités, Directeur de l'institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement Université Victor Ségalen Bordeaux 2, praticien hospitalier Service d'information médicale CHU de Bordeaux

**Professeur Jean-Louis SALOMEZ**, Professeur de santé publique, Président du Collège des enseignants de santé publique

**Professeur Didier TRUCHET**, Professeur à l'université Panthéon-Assas (Paris II), chargé de mission à la direction de l'enseignement supérieur

**Sylvie VIDAL**, Chef du bureau de la réglementation et des statuts à la Direction de l'enseignement supérieur

## **Annexe 2 : Les auditions du groupe de travail**

Le Président du **Collège des enseignants en santé publique**, Jean-Louis SALOMEZ (5 octobre 2005)

La coordinatrice de l'**Institut virtuel de recherche en santé publique**, Annick ALPEROVITCH (18 octobre 2005)

Les **représentants du Pôle interuniversitaire multirégional de santé publique du Grand Est** Serge BRIANÇON, Catherine QUANTAT et François BLANCHARD (2 novembre 2005)

Le Directeur de l'**institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement, l'ISPED** de l'université Victor Ségalen Bordeaux 2, L. Rachid SALMI (16 novembre 2005)

Le Délégué général du **SYNCASS-CFDT**, Michel ROSENBLATT (3 janvier 2006)

Les représentants de l'**Institut fédératif français de médecine tropicale et de santé internationale** (IFFMTSI), Jean DELMONT, Michel DUMAS, Michel LE BRAS, Eric PICHARD (3 janvier 2006)

Le Secrétaire général et le Directeur des études et de la recherche de l'**Ecole Nationale de la Santé Publique**, Pierre SCHLOSSER et Jacques ORVAIN (13 février 2006)

Le Président de l'**Association des directeurs d'hôpital**, Jean-Luc CHASSANIOL (8 février 2006)

Le **Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins**, Jean CASTEX et le **Directeur Général de la Santé**, Didier HOUSSIN (14 février 2006)

Le Président du **collège des économistes de santé**, Claude LE PEN (14 février 2006)

Le Professeur Alfred SPIRA, de l'**Ecole Doctorale de Paris XI** et le GIS Paris-Sud (14 février 2006)

Le directeur de l'**Ecole Doctorale de santé publique de l'université de Paris V**, Alain-Jacques VALLERON (23 février 2006)

Le Président de la **société française de santé publique** (SFSP), François Bourdillon (23 février 2006)

## Annexe 3 :

### Projet de MASTER Professionnel

#### « Politique et gestion en santé publique »

Campagne 2006

#### Demande d'habilitation à délivrer le MASTER

École des Hautes Etudes en santé Publique (EHESP)  
Ecole nationale de la santé publique (ENSP)  
Avenue du professeur Léon Bernard  
35 043 RENNES

Etablissement avec lequel est organisée la cohabilitation  
Université de Rennes I, Institut d'Etudes Politiques de Rennes  
114 boulevard de la Duchesse Anne  
35 700 RENNES

**Domaine** : Sciences humaines et sociales

**Mention** : Santé Publique

**Titre** : *Politique et gestion en santé publique*

#### **Responsable pédagogique :**

Professeur Jacques HARDY  
Section CNU 02  
Directeur ENSP  
Tél. 02 99 02 27 10  
[jacques.hardy@ensp.fr](mailto:jacques.hardy@ensp.fr)

#### Composantes organisatrices :

- L'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), grand établissement au sens de l'article L 717-1 du code de l'éducation, créée dans le cadre de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (art. L. 756-2 du code de l'éducation ; L. 1415-1 du code de la santé publique) ;
- L'Institut d'Etudes Politiques de Rennes, rattaché par décret à l'Université Rennes 1

Unités de recherche d'appui : Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires (LAPSS) associé au Centre de recherches sur l'action politique en Europe (CRAPE), Unité mixte de recherche (UMR CNRS 6 051 de l'université de Rennes 1 et de l'IEP de Rennes), rattaché à l'école doctorale de l'université de Rennes 1.

### **Avertissement au lecteur**

L'EHESP reprendra dès sa création, les missions actuellement dévolues à l'ENSP. Dans le texte qui suit, l'appellation EHESP a été privilégiée. Cependant, dans certains cas cette appellation n'était pas pertinente (par exemple mention des fonctions actuelles des enseignants de l'école, citation des conventions de partenariats existantes, rappels historiques...) et justifiait donc du maintien de l'appellation ENSP.

<b>1.</b>	<b>JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DU MASTER</b>	<b>3</b>
1.1	UN CHAMP D'INTERVENTION COMPLEXE .....	3
1.2	UNE FORMATION PLURIDISCIPLINAIRE.....	3
1.3	UN DIPLOME ORGANISE EN CO-HABILITATION .....	3
<b>2.</b>	<b>DESCRIPTION GENERALE DU PROJET</b>	<b>3</b>
2.1	LES COMPETENCES A ACQUERIR .....	3
2.2	OBJECTIFS PEDAGOGIQUES .....	3
2.3	PARTENARIATS .....	3
2.4	L'ADOSSEMENT DU MASTER A LA RECHERCHE .....	3
2.5	LES CHAMPS D'EXPERTISE .....	3
2.6	L'EQUIPE PEDAGOGIQUE.....	3
<b>3.</b>	<b>MODALITES D'ACCES AU MASTER</b>	<b>3</b>
3.1	ACCES EN 1 <sup>ERE</sup> ANNEE DE MASTER.....	3
3.2	ACCES EN 2 <sup>EME</sup> ANNEE DE MASTER .....	3
3.3	EFFECTIFS ATTENDUS .....	3
3.4	DISPOSITIF D'AIDE A LA CONSTRUCTION DU PROJET PROFESSIONNEL.....	3
<b>4.</b>	<b>ORGANISATION DES ENSEIGNEMENTS</b>	<b>3</b>
4.1	ARCHITECTURE DU MASTER .....	3
4.2	PRESENTATION SYNTHETIQUE DES UNITES D'ENSEIGNEMENT (UE) .....	3
4.3	COORDINATION EHESP-IEP DES UNITES D'ENSEIGNEMENT .....	3
4.4	DISPOSITIF DE VALIDATION .....	3
<b>5.</b>	<b>PRESENTATION DETAILLEE DES UNITES D'ENSEIGNEMENT</b>	<b>3</b>
	<i>Annexe 1 - Des partenariats au niveau de la recherche.....</i>	<i>3</i>
	<i>Annexe 2 – Les trois principales publications des membres de l'équipe pédagogique et des enseignants-chercheurs du LAPSS et du CRAPE entre 2003 et 2005 .....</i>	<i>3</i>

## Justification et objectifs du MASTER

Le Master "Politique et gestion en santé publique" s'adresse à toute personne titulaire d'une licence (ou justifiant d'un niveau équivalent) et souhaitant s'orienter vers des métiers de santé publique. Il a pour ambition de fournir aux étudiants les outils et les connaissances nécessaires à la compréhension des enjeux de santé publique. Il porte à la fois sur l'apprentissage de disciplines et de savoir-faire de base en santé publique et sur l'acquisition des compétences requises pour l'exercice des différentes fonctions que les professionnels de santé publique et de l'action sanitaire et sociale ont ou auront à remplir aux différents niveaux du système : local, régional, national, européen, voire international, dans le secteur public comme dans le secteur privé.

L'encadré ci-dessous donne une indication des profils et métiers auxquels le master prépare :

### Métiers/ profils de professionnels

- chargés de mission auprès des agences régionales de l'hospitalisation (ARH),
- responsables des pôles sociaux, de planification et de santé publique dans des services déconcentrés,
- responsables d'ingénierie en santé publique et de politique de cohésion sociale (collectivité territoriales),
- cadres des établissements de santé, médico-sociaux, responsables de pôle (hôpitaux et cliniques),
- coordonnateurs de réseaux de soins ville - hôpital,
- chargés de mission, d'audit et d'évaluation auprès des agences, des organismes de sécurité sociale, des mutuelles ou des associations privées gestionnaires de services, bureaux d'études,
- médiateurs ou pilotes de réseaux d'acteurs chargés de la gestion des crises sanitaires.
- concours de recrutement des fonctions publiques (Etat, hospitalière, territoriale)

### *Un champ d'intervention complexe*

La santé publique est aujourd'hui un champ d'action très vaste et assez morcelé résultant d'interactions complexes entre l'environnement social et économique, l'offre de soins, le rôle et les pratiques des professionnels de santé et les besoins des populations. L'efficacité des actions conduites est donc subordonnée à une compréhension aussi bonne que possible de ce champ complexe, des normes qui le régissent et des articulations à promouvoir entre les différents intervenants.

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique trace un cadre d'action qui permet aux différents acteurs de développer des stratégies et des projets en fonction des besoins généraux et locaux des populations. Mais l'efficacité des actions de santé publique, si elle dépend du cadre général défini au niveau national, résulte également et de plus en plus de la capacité des professionnels à se situer comme promoteurs de projets sur un territoire.

Les plans régionaux de santé publique et les schémas régionaux d'organisation sanitaire devraient permettre de concevoir et piloter des projets de santé publique et de planifier au même niveau l'offre de soins. Cela met en lumière le rôle des acteurs locaux qui doivent développer des capacités à animer des réseaux, coordonner des projets et évaluer les résultats de ces stratégies.

En effet, l'action en santé publique de la dernière décennie a consacré l'usage accru de projets de services, de programmes régionaux, de plans nationaux ou de schémas d'organisation dans le domaine de la santé. Le regard évaluatif que l'on peut porter sur cette période récente permet de fonder un projet de formation :

- Le diagnostic : des méthodes d'analyse de plus en plus sophistiquées des besoins de santé existent et sont enseignées dans de nombreux établissements d'enseignement supérieur. Des données de plus en plus complètes sont disponibles pour décrire les états de santé à différents échelons géographiques, des actions de plus en plus spécifiques sont menées. Mais l'activité de diagnostic elle-même reste un point faible de l'action en santé publique. L'ambition du master n'est donc pas de former exclusivement à l'analyse des besoins ou au recensement des services dispensés, mais de faire acquérir une véritable compétence diagnostique, aboutissant à des préconisations dans les réponses à apporter, sur chaque territoire, aux besoins analysés.
- L'estimation des moyens nécessaires pour atteindre les objectifs prédéfinis a souvent été le point négligé dans les programmes, l'accent étant mis sur la négociation entre les acteurs, le partenariat et la recherche de connaissance commune. Dans nombre de cas, les objectifs des programmes régionaux n'ont donc pu être atteints, faute d'avoir évalué de manière suffisamment pertinente les ressources nécessaires à leur accomplissement.
- Le jugement critique et la décision à prendre à propos des plans ou programmes sont des maillons essentiels d'une régulation qui vise à l'efficacité. Le seul constat d'une bonne coopération entre les acteurs des diverses institutions au cours d'un programme ne permet pas de juger de l'efficacité, cette dernière étant alors considérée du ressort de mécanismes de concurrence ou de la constitution de quasi marchés résultant de réformes de la tarification. L'évaluation revêt alors une importance toute particulière quand elle inclut la comparaison entre un service produit et des ressources qui lui sont consacrées.

### **Une formation pluridisciplinaire**

La perspective de santé publique ouverte par cette approche conduit à une démarche d'action qui, pour se construire, va inclure de façon complémentaire des savoirs issus des disciplines traditionnelles de ce champ, comme l'épidémiologie et les biostatistiques, et des savoirs issus de la sociologie, du droit et de la science politique, de l'économie et des sciences de gestion ou encore des sciences de l'ingénieur et des sciences de l'environnement.

Les Masters en santé publique, souvent mono disciplinaires, forment soit à l'étude de populations, soit à l'analyse des politiques, soit à la gestion des services. Or, l'évolution des besoins et les réponses imaginées exigent des professionnels capables de participer à l'élaboration des politiques publiques, d'imaginer des dispositifs pour les *mettre en œuvre* sur un territoire, d'appréhender et de construire *les règles du jeu* pertinentes pour y coordonner les acteurs et évaluer les *effets* des actions conduites sur la santé des populations.

Le présent projet traduit l'ambition de l'EHESP et de l'université de Rennes I d'offrir une formation de haut niveau reposant sur une approche intégrée des politiques et de la gestion des services et projets concourant à l'amélioration de l'état de santé des populations.

Il est donc situé dans le domaine des sciences humaines et sociales afin de privilégier leurs apports sur les questions de santé publique comme celles relatives aux inégalités de santé, à l'évolution des acteurs et des institutions chargés de la mise en œuvre des politiques de santé publique, à la gestion individuelle et collective des risques liés à la santé, à la prise en compte des problématiques liées au vieillissement de la population et au développement des maladies chroniques.

### **Un diplôme organisé en co-habilitation**

Le Master "Santé Publique" est présenté en cohabilitation entre l'EHESP et l'IEP de Rennes. Il repose sur un partenariat de plus de dix ans qui s'est construit sur l'association entre l'ENSP, école de service public de renom, et un institut réputé pour la qualité de ses équipes scientifiques, son ouverture internationale et les résultats de ses élèves aux grands concours de recrutement des fonctions publiques.

Le partenariat sur ce master permettra à l'IEP et à l'EHESP de tirer les bénéfices suivants :

- Développer un acquis commun de coopérations scientifiques. Le LAPSS est en effet lié par convention à l'équipe du CRAPE-CNRS, unité mixte de recherche du CNRS, implantée à l'IEP. Ainsi, le responsable scientifique du LAPSS est directeur de recherche CNRS du CRAPE. De même, l'EHESP apporte aux doctorants du CRAPE dans le domaine des politiques sociales et de la santé publique un appui sous forme de direction de thèse, de bourses de recherche, d'organisation de séminaires ou de réalisation de contrats de recherche.
- Mutualiser les ressources. Le dense réseau des professionnels lié à l'actuelle ENSP, les savoir-faire conjugués dans le domaine de la préparation aux recrutements de la fonction publique, les connexions internationales des deux établissements permettent de partager un réseau d'appuis très riche.
- Consolider une offre de formation de niveau Master à l'IEP de Rennes afin de répondre à des attentes d'étudiants venant de toutes ses sections (Ecofi, Service Public, Politique et Société).
- Affirmer le site rennais en associant deux de ses grandes écoles, autour des disciplines de santé et de science politique, sous le sceau de l'Université de Rennes 1, dans une double dynamique de réseau - celui que fédérera l'EHESP, celui des IEP de régions.

## Description générale du projet

Ce master à vocation à intéresser un public mixte fait d'étudiants et de professionnels aux parcours divers et à leur faire acquérir des connaissances et compétences communes dans le domaine de la santé publique :

- professionnels qui, dans le cadre de la formation continue, souhaitent renforcer leurs connaissances et leurs compétences en santé publique ;
- étudiants titulaires d'une licence souhaitant se spécialiser en santé publique ;
- étudiants déjà titulaires d'un master dans un des champs disciplinaires mobilisés dans le cadre de la présente maquette et qui souhaiteront ajouter à leur parcours initial une spécialisation en santé publique ;
- élèves inscrits en dernière année à l'IEP de Rennes ;
- élèves fonctionnaires scolarisés au sein de l'actuelle Ecole Nationale de la Santé Publique et souhaitant renforcer la composante santé publique de leur formation professionnelle initiale.

Le dispositif pédagogique proposé doit permettre, en **1<sup>ère</sup> année** :

- D'acquérir ou compléter des acquis disciplinaires de façon à constituer une base commune de connaissances en santé publique
- De mobiliser ces connaissances pour les appliquer à des problématiques de santé publique : santé et bien-être des populations, politiques publiques de santé et promotion de la santé.

L'orientation professionnelle est affirmée en **2<sup>ème</sup> année**, au cours de laquelle sont proposés :

- des enseignements communs à visée opérationnelle,
- un parcours individualisé à choisir parmi quatre parcours de formation associant des unités d'enseignement optionnelles, des champs d'étude et des lieux de stage et qui sont respectivement intitulés :
  - observation, analyse et aide à la décision en santé publique,
  - conception et mise en œuvre de projets de service et de santé publique,
  - évaluation de programmes de santé publique,
  - modalités d'anticipation du risque et intervention en situation de crise.

### **Les compétences à acquérir**

L'encadré ci-dessous décrit les compétences de base en santé publique communes et des compétences spécifiques aux quatre parcours à visée professionnelle. Ces compétences sont associées aux profils de métier précédemment décrits. Ces cibles correspondent non seulement aux objectifs de formation des étudiants désirant intégrer des professions de santé publique mais également à ceux des professionnels en activité souhaitant améliorer leurs compétences ou en acquérir de nouvelles.

#### **Compétences**

À l'issue de la formation dispensée durant les 3 premiers semestres, les étudiants sont capables de :

- Identifier les responsabilités des individus et des organisations dans les missions et fonctions essentielles de santé publique et d'action sociale.
- Analyser des données sur l'état de santé des populations et les déterminants de la santé.
- Situer leur intervention en prenant en compte les différents acteurs de santé publique et l'environnement institutionnel.
- Construire des dispositifs de régulation des politiques sur un territoire et justifier leurs fondements scientifiques, juridiques, économiques et systémiques.
- Maîtriser les connaissances budgétaires et financières fondamentales
- Appliquer des méthodes d'analyse et d'expertise utilisées en santé publique.
- Identifier les principaux concepts, démarches et outils en promotion de la santé.
- Utiliser le système d'informations approprié à leur domaine de compétences : recueil de données en vue d'un diagnostic

À l'issue de la formation dispensée durant le 4<sup>ème</sup> semestre, les étudiants sont capables, en fonction du parcours choisi :

- D'assurer une fonction d'observation et de veille sanitaire et sociale afin de structurer les informations en vue de l'établissement d'un diagnostic partagé et de préconisations d'action.
- De mobiliser un réseau de professionnels pour concevoir et réaliser des projets de santé publique.
- De développer des outils d'évaluation des programmes et des services, et d'en mesurer la performance.
- De préparer et mettre en œuvre les réponses appropriées pour anticiper et gérer les situations de crise.

## **Objectifs pédagogiques**

De façon générale, les unités d'enseignement (UE) ouvertes aux étudiants en formation initiale et aux professionnels en formation continue, visent, par l'approfondissement de connaissances et l'acquisition d'outils et de méthodes, à permettre à chacun de développer des capacités de compréhension des approches théoriques des problématiques de santé publique et de l'action sanitaire et sociale, pour les appliquer sur un territoire particulier.

Les enseignements s'attachent à présenter une perspective internationale et en particulier européenne. Ceci s'appuie notamment sur l'association de l'EHESP et de IEP à de nombreux projets européens de recherche ou d'expertise menés à bien ou en cours de réalisation.

Les principaux objectifs pédagogiques sont présentés ci-dessous pour le tronc commun et pour les parcours individualisés.

### **Objectifs pédagogiques généraux**

- Offrir une approche transdisciplinaire des questions de santé publique en France et en Europe.
- Inscrire la formation dans le cadre d'une approche globale de la santé de la population et de ses déterminants.
- Etablir des compétences transversales à partir des acquis disciplinaires, en particulier dans le domaine de la promotion de la santé.
- Promouvoir la résolution de problèmes comme méthode d'apprentissage, et plus particulièrement dans le cadre d'une UE relative à un problème de santé publique.
- Proposer des méthodes d'analyse des systèmes de protection sociale et de santé en Europe.
- Fournir les approches conceptuelles relatives à la coordination des politiques sociales et de santé à un échelon territorial donné.
- Permettre l'acquisition des outils et des méthodes de la régulation des politiques sociales et de santé ainsi que de leur évaluation, aux niveaux qualitatif et quantitatif.
- Offrir les temps et lieux d'échanges nécessaires à l'apprentissage à la fois personnel et collectif des concepts et méthodes proposés, sous forme de mises en situation.
- Fournir les clefs de compréhension des finalités des logiques de gestion au regard des politiques publiques

### **Objectifs des parcours professionnels individualisés**

- Permettre l'acquisition des outils et méthodes nécessaires à :
- l'observation, l'analyse et l'aide à la décision en santé publique
  - l'évaluation de la performance pluridimensionnelle des services et des programmes
  - la conception et la gestion de projets
  - l'anticipation du risque et la gestion de situations de crise

## **Partenariats**

Dans le cadre de la politique de site, le master de santé publique est donc proposé en cohabilitation avec l'université de Rennes 1.

Cette dernière propose déjà trois masters professionnels dans le champ non médical de la santé publique :

- « Droit, éthique, santé et protection sociale »— faculté de droit, Master auquel l'ENSP contribue,
- « Economie et gestion des établissements sanitaires et sociaux »— faculté de sciences économiques
- « Sciences de la vie, de l'environnement et de la santé » (SVE et santé), spécialité santé publique, de l'université de Rennes 1,

Le master de santé publique, à finalité professionnelle, dans le domaine des SHS vient donc compléter l'offre dans le champ de l'analyse des politiques publiques et de la gestion en santé publique.

De plus, l'université de Rennes 1 – IEP de Rennes offre deux masters complémentaires : un master recherche « Action et espaces publics en Europe » et un master professionnel « Expertise de l'action publique territoriale ». Dans chacun de ces masters, un module est consacré à la comparaison des systèmes de protection sociale en Europe et est réalisé avec le concours d'enseignants de l'EHESP.

Le présent master s'intégrera dans une large gamme coordonnée de formations en santé publique, dans le cadre de conventions passées avec les universités ou les instituts dans la perspective de mise en commun de moyens et de ressources au sein de l'EHESP. Ces conventions précisent le cadre de la collaboration sur les contenus de formation et les modalités d'échange d'enseignants et d'étudiants.

Ainsi, le réseau actuel des collaborations entre l'ENSP et les universités se traduit par la participation d'enseignants aux masters suivants :

- « Ingénierie des interventions sociales et de santé », Université de Bretagne Sud, Lorient,
- « Économie Internationale et Stratégies des Acteurs - Entreprises, États, Organisations internationales", spécialité "management des politiques sociales - Exclusion, Enfance et famille, Santé, Vieillesse et gérontologie » Université Pierre Mendès France Grenoble,
- « Santé Publique » (Sciences de la vie), Université Paris 7,
- « Démographie appliquée, spécialité santé » Université Versailles Saint Quentin,
- « Education et promotion de la santé en milieu scolaire » Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand,
- « Management santé-social », UFR de médecine et des techniques médicales, Université de Nantes.

L'EHESP comme l'IEP de Rennes bénéficie de nombreux réseaux internationaux, tant au niveau de la formation et de la recherche que de l'expertise et de l'ingénierie pour la mise en place de filières de formation à l'étranger.

- Au niveau européen :
  - L'Association of Schools of Public Health in the European Region" (ASPHER), de "l'European Health Management Association" (EHMA)
  - Le réseau d'instituts de formation en management des organisations sanitaires et sociales (EURODIR)
  - Le réseau européen de professionnels : directeurs et gestionnaires des établissements sanitaires : Standing Committee of the Hospitals for Europe (HOPE)
  - L'European consortium of political research
  - L'European social policy association
  - L'European sociological association
- Des coopérations au niveau de l'enseignement et de la recherche existent avec des universités :
  - The London school of Hygiene and tropical Medicine
  - The London School of Economics and Political Science (LSE), Keele University,
  - L'École nationale d'administration publique de Québec (ENAP), Université de Montréal ...

L'EHESP coordonne un consortium international de formation avec cinq autres établissements : l'université de Rennes 1, l'École de santé publique de Copenhague, l'École andalouse de santé publique de Grenade, l'Institut de santé publique de Cracovie et le département de santé publique de l'Université de Sheffield. 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.

### ***L'adossement du MASTER à la recherche***

Les recherches réalisées sur le site rennais de l'EHESP dans les disciplines des SHS ont été fédérées à l'intérieur du Laboratoire d'Analyse des Politiques Sociales et Sanitaires (LAPSS). Ce laboratoire compte une trentaine de membres, dont 7 enseignants chercheurs à temps plein ou à temps partiel<sup>76</sup> et est associé à l'Unité mixte de recherche (UMR). CRAPE (CNRS Université de Rennes 1 – IEP de Rennes). Ce dernier comprend une soixantaine de membres, dont une vingtaine d'enseignants – chercheurs ; 7 personnels CNRS, dont 5 chercheurs et 35 doctorants et de jeunes docteurs.

---

<sup>76</sup> Les membres du Lapss sont : 7 chercheurs associés appartenant au corps enseignant de l'ENSP, 4 professionnels participant régulièrement à la recherche, 9 doctorants et 7 chargés d'études.

Au total, les deux laboratoires regroupent :

- 4 professeurs des universités
- 2 directeurs de recherche CNRS
- 1 enseignant EHESP qualifié aux fonctions de PU,
- 15 MCU (CRAPE), et 4 enseignants EHESP qualifiés aux fonctions de MCU,
- 6 enseignants EHESP docteurs,

Le rapport d'évaluation de la commission 40 du CNRS au printemps 2003 avait classé le CRAPE en A à l'unanimité. Le rapport mentionnait : «Sur le plan organisationnel, le projet le plus porteur est la fusion du CRAPE et du LAPSS de l'ENSP»<sup>77</sup>.

La coopération existante entre l'EHESP et l'IEP est symbolisée par la place de Claude Martin, DR CNRS au CRAPE et responsable scientifique du LAPSS. Mais surtout, elle se traduit concrètement par des séminaires communs, et un appui de l'EHESP au CRAPE via le soutien financier et intellectuel de doctorants dans le domaine des politiques sociales et de santé.

La volonté commune de proposer un master en co-habilitation pourra en retour stimuler la production de travaux dans le champ des politiques de santé et l'intégration des thématiques de recherche des deux laboratoires.

Les productions des laboratoires ont été structurées autour de 4 axes de recherche :

- **L'analyse des déterminants économiques, sociaux et spatiaux de la santé et du bien-être.** La formation des inégalités y occupe une place particulière. Liées à l'appartenance sociale, au secteur d'emploi et aux trajectoires professionnelles, à l'environnement et aux conditions de vie dans des territoires donnés, aux réseaux sociaux et aux différentes formes de capital social, comme aux risques sanitaires, les inégalités constatées ou perçues nécessitent de conduire des études empiriques de populations spécifiques et d'analyser les dispositifs destinés à y remédier, directement ou indirectement (comme ceux de l'allocation des ressources).
- **L'évaluation des réformes des systèmes de santé et plus généralement des systèmes de protection sociale dans la perspective de la health policy analysis.** Les travaux dans ce registre abordent le suivi des réformes en termes d'effectivité, d'efficience et de résultats en termes de santé (par exemple, un meilleur accès aux soins et une amélioration de l'état de santé).
- **Les pratiques de prise en charge des différentes personnes dépendantes :** le *social care*. Ces pratiques associent des contributions propres à la sphère domestique, aux associations, à la redistribution publique et aux services marchands. Les enjeux de cette perspective de recherche sont multiples : enjeu de genre (du fait de la division du travail de soins entre hommes et femmes) ; enjeu de professionnalisation de ces pratiques de soins ou de marchandisation ; enjeu pour la protection sociale (choix, notamment, entre les formules assurantielle, marchande ou assistancielle) ; enjeu d'articulation du *social care* avec les systèmes de santé, etc.
- **Les dynamiques organisationnelles et professionnelles.** S'intéressant notamment aux formes pratiques de mise en œuvre des politiques de santé publique, cet axe permet d'étudier, d'une part, la transformation des organisations du système de santé dans la perspective d'en modéliser l'évolution et d'analyser les pratiques déployées (en termes de GRH et de qualité par exemple), de l'autre, les dynamiques professionnelles. Dans ce cas, il s'agit d'analyser en particulier, l'émergence de nouveaux métiers, la professionnalisation de certaines activités (coordination de réseaux), les recompositions en cours (médecins de santé publique) mais aussi les coopérations interprofessionnelles et les transferts de compétences.

---

<sup>77</sup> Voir la liste des partenariats de recherche à l'Annexe 1 de ce document.

Chacun des ces axes accorde une place centrale

- D'une part à la dimension comparatiste, illustrée par les résultats de contrats européens et de nombreuses thèses reposant sur la comparaison des politiques sociales et de santé dans divers pays de l'Union Européenne ((participation à deux contrats européens du 5<sup>ème</sup> Programme - Cadre européen de recherche et de développement technologique (PCRDT) et participant à deux contrats du 6<sup>ème</sup> Programme - Cadre européen de recherche et de développement technologique et de démonstration (PCRD), l'un dans une orientation politique, et deux autres dans une orientation médico – économique).
- D'autre part à l'articulation entre politiques de santé et la théorie générale des politiques publiques (domaine qui est devenu depuis le milieu des années quatre-vingt dix un des terrains de recherche les plus forts et les plus productifs du CRAPE).

L'activité du LAPSS et du CRAPE se traduit par différents types de publications et s'apprécie également en termes de participation à des colloques et séminaires, comme le montre le tableau ci-dessous.

#### Travaux produits par les chercheurs du LAPSS et du CRAPE de 2000 à 2005

Ouvrages	Direction d'ouvrages collectifs et revues	Chapitres d'ouvrage collectif	Articles dans des revues à comité de lecture nationales et internationales	Articles dans des revues professionnelles	Communications à des colloques scientifiques internationaux, nationaux et professionnels		
12	21	80	81	32	74	68	47

Source : Rapports d'activité du LAPSS et du CRAPE

Une liste des principales publications récentes est présentée à l'Annexe 2.

Au cours de la période 2000-2005 dans le domaine sciences humaines et sociales, et dans le cadre du LAPSS, 3 thèses ont été soutenues. Par ailleurs 40 thèses sont en cours sous la direction du CRAPE. Pendant cette même période, les enseignants de l'EHESP ont assuré en collaboration avec ceux du CRAPE le suivi de 10 étudiants en DEA/Master.

#### **Les champs d'expertise**

Trois champs d'expertise investis fortement par l'ENSP et l'IEP viendront renforcer l'action de l'équipe pédagogique pour garantir à ce master le niveau adéquat de qualité pédagogique, notamment dans son orientation professionnelle.

La construction des compétences professionnelles résulte de l'utilisation combinée des savoirs et des méthodes, issus en partie des travaux d'expertise et de mises en situation en lien avec des problématiques professionnelles, en France et dans d'autres pays européens. Le Master s'appuie sur des outils et savoir-faire en termes d'observation en santé publique, en particulier à travers la banque de données en santé publique (BDSP) et l'unité documentaire et multimédia du centre de ressources pédagogiques (CdRP) de l'ENSP. Ces ressources en ligne sont mises à disposition du public dans des salles avec accès informatique dédié, et par internet.

La mention de MASTER s'appuie en outre sur les capacités propres d'expertise constituées au sein des équipes pédagogiques de l'EHESP -site de Rennes - de l'IEP, en particulier dans la mise en œuvre de projets de coopération et de restructuration des établissements sociaux et de santé, dans le développement d'outils de gestion, d'évaluation, dans l'expertise et l'ingénierie de projets au niveau national, européen et international. Une partie importante de cette expertise est assurée conjointement par des professionnels et des enseignants.

Enfin, l'ENSP, forte d'une expérience de plus de quarante ans, a formé une grande partie des cadres du secteur social et de santé en France, soit environ 10 000 professionnels en situation de responsabilité. Les étudiants du master bénéficieront donc dans le cadre de l'EHESP du puissant et solide réseau d'anciens élèves qui assurent avec compétence l'encadrement des stagiaires et l'enseignement des pratiques professionnelles. Acteurs en première ligne pour les innovations organisationnelles, ces anciens élèves sont porteurs d'un capital de connaissances nouvelles, fruit de leur expérience en matière de gestion, de mise en œuvre des décisions politiques ou d'évaluation de pratiques. Chaque année plusieurs centaines d'entre eux viennent présenter, par exemple, l'état des réformes sur les politiques du handicap, les outils de la finance, la mise en œuvre pratique d'un plan national nutrition, la gestion de la RTT dans les services de soins ou la gestion de crise provoquée par un accident industriel ou naturel.

### ***L'équipe pédagogique***

L'équipe pédagogique assure les fonctions d'organisation des études, d'orientation et de suivi des étudiants.

Liste des membres de l'équipe pédagogique

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Qualité/profession</b>	<b>Fonctions actuelles</b>
HARDY	Jacques	PU de droit public. section CNU 02	Directeur de l'ENSP
BELLANGER	Martine	Docteur en sciences économiques	Enseignant-chercheur, ENSP
CRESPIN	Renault	Docteur en science politique, qualifié MCU section CNU 04	Chercheur Post Doc au CRAPE, université de Rennes I –IEP de Rennes
DUMOND	Jean-Paul	Docteur en sciences de gestion. qualifié aux fonctions de MCU section CNU 06	Enseignant-chercheur, ENSP
HASSENTEUFEL	Patrick	PU de science politique, section CNU 04	Professeur à l'université de St Quentin en Yvelines et CRAPE I –IEP de Rennes
JOURDAIN	Alain	Docteur en sciences économiques, Qualifié aux fonctions de PU section CNU 19	Enseignant-chercheur, ENSP
KITOUS	Bernhard	Maître de conférence en sciences de gestion, HDR, section CNU 06	Maître de conférence à l'IEP de Rennes
MARTIN	Claude	DR CNRS, sociologie, HDR, section CNU 19	Directeur de recherche au CRAPE, et directeur du LAPSS-ENSP
ORVAIN	Jacques	Docteur en médecine, CES santé publique, DEA statistiques et santé	Directeur des Etudes et de la Recherche de l'ENSP

## Modalités d'accès au master

### Accès en 1<sup>ère</sup> année de Master

Peuvent solliciter l'inscription :

- Les titulaires d'une licence en administration économique et sociale, droit, économie, épidémiologie, gestion, mathématiques et statistiques appliquées aux sciences sociales, science politique, sciences sociales et de santé, sociologie.

Et sous réserve de validation des acquis et d'acceptation du dossier par la commission d'équivalence :

- les titulaires d'une licence dans une autre discipline que celles mentionnées ci-dessus, ou d'un diplôme équivalent, ou les étudiants ayant validé leur troisième année d'études de médecine, de pharmacie, d'odontologie, de sages-femmes et de kinésithérapeutes ...

### Accès en 2<sup>ème</sup> année de Master

Sont admis à présenter leur candidature en 2<sup>ème</sup> année de MASTER :

- Les étudiants ayant validé le M1 du master,
- Les étudiants ayant validé le M1 d'un autre Master dès lors que les objectifs de la formation et le parcours suivi par les étudiants sont jugés satisfaisants par la commission d'équivalence,
- les étudiants inscrits en dernière année du diplôme « grade master » de l'IEP de Rennes. La convention entre l'EHESP et l'IEP de Rennes précisera le mode de validation du parcours de ces étudiants.
- Les titulaires du diplôme délivré par les instituts d'études politiques,
- Les étudiants ayant validé leur quatrième année d'études de médecine, de pharmacie, et d'odontologie. Dans ce cas, comme dans les deux précédents, les étudiants peuvent bénéficier de la validation de 60 crédits au maximum. En effet, compte tenu des compétences requises à l'issue du M1 et en fonction du parcours choisi, il peut leur être demandé de suivre certains enseignements de M1,

La demande d'habilitation de MASTER s'accompagne d'une demande parallèle d'habilitation "Formation continue" qui permet aux professionnels concernés de suivre leur cursus sur une plus longue durée.

Enfin, cette offre pourra être intégrée dans l'offre de mutualisation des années terminales d'IEP du réseau des IEP, selon des modalités à définir entre l'EHESP et l'IEP de Rennes.

### Effectifs attendus

Le tableau présente les effectifs des étudiants inscrits en formation initiale, venant des universités françaises et étrangères, et les effectifs en formation continue.

Année	Effectif prévu en	
	Formation initiale	Formation Continue
M1	15	10
M2	25	10

De plus, sous réserve de remplir les conditions d'accès indiquées ci-dessus, les lauréats des concours d'accès aux formations initiales professionnelles de l'EHESP pourront également, sur la base du volontariat, s'inscrire à ce master.

### ***Dispositif d'aide à la construction du projet professionnel***

L'EHESP et l'IEP mettront plusieurs services à la disposition des étudiants du Master pour faciliter la construction de leur projet professionnel. Ce dispositif s'appuie sur une expérience acquise depuis plusieurs années par l'ENSP et dont les caractéristiques sont les suivantes:

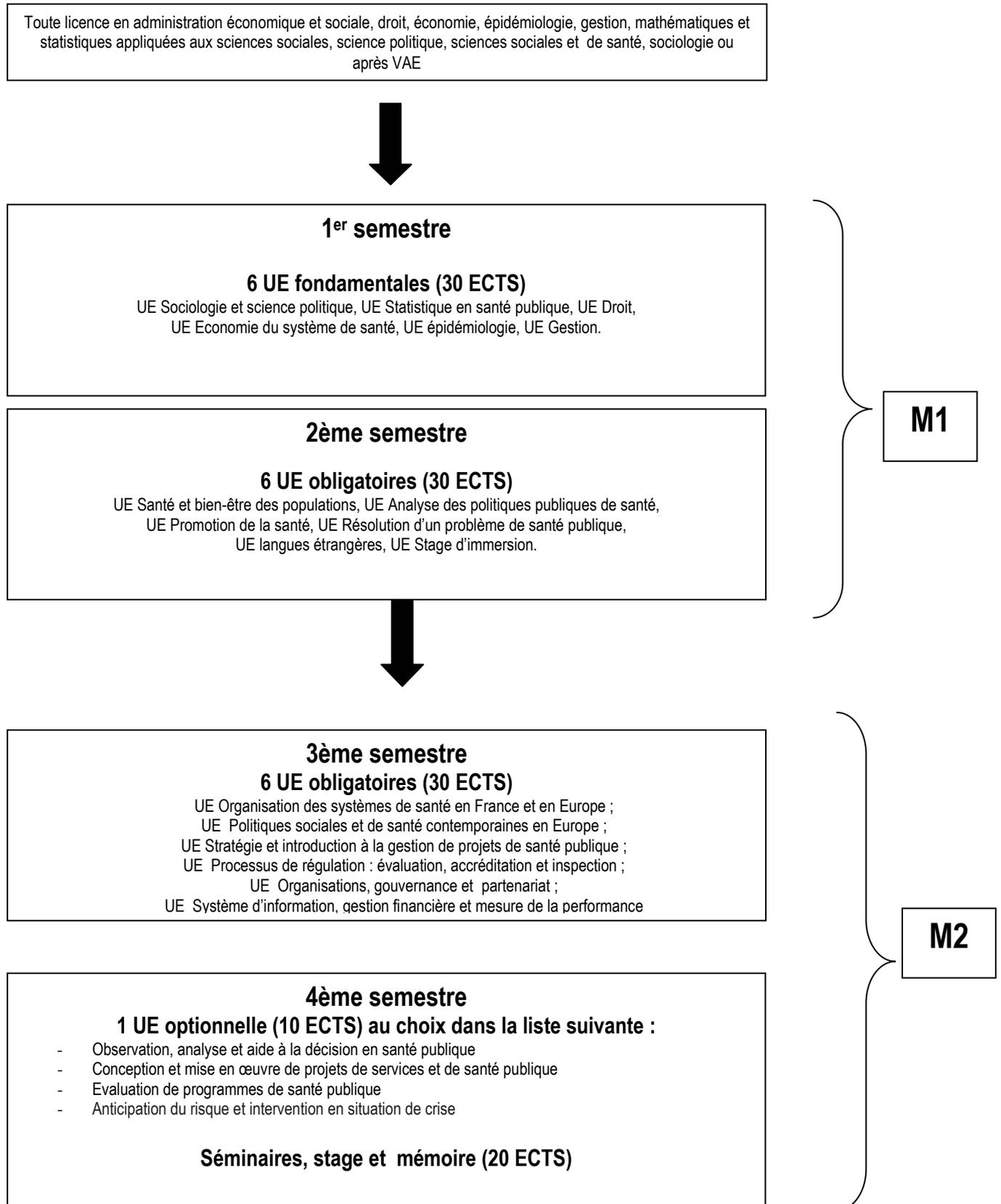
- une formation s'appuyant sur un réseau de professionnels et d'institutions sanitaires et sociales, et sur des laboratoires de recherche,
- une pratique de l'individualisation des cursus, par la mise en place de positionnements professionnels sur le fondement de référentiels de compétences, d'évaluation des compétences et de contractualisation avec l'étudiant,
- un accompagnement individuel soutenu tout au long de la formation comme dans le suivi des mémoires et la recherche de lieux de stage en France, en Europe et au niveau international
- un outil informatique performant comprenant six salles ouvertes jour et nuit à l'ENSP assurant une connexion avec l'intranet du site (cours en ligne, dépêches d'agence de presse médicale, travaux d'élèves..) et l'intranet du Ministère de la santé.

Riche de tels acquis, l'EHESP et l'IEP proposeront donc aux étudiants du master :

- des entretiens et des mises en situation professionnelle avec des enseignants et des professionnels,
- des listes des lieux de stages en France (des cahiers des charges pour les maîtres de stage existent),
- une banque de données pour les stages en Europe et au niveau international,
- un bureau des stages, pour les stages en Europe, offrant un dispositif d'accompagnement formalisé et un suivi par un référent,
- un suivi après diplôme (enquêtes auprès de ceux-ci et de leurs employeurs, associations des anciens élèves).

## Organisation des enseignements

### Architecture du MASTER



## **Présentation Synthétique des Unités d'enseignement (UE)**

Cette formation correspond à 120 ECTS répartis sur deux années de 60 ECTS chacune.

Dans ce programme, le calcul de base pour une année de 60 crédits est réalisé de la manière suivante :

- un crédit représente 8 heures d'enseignement et 12 heures de travail personnel attendu soit 20 heures de charge totale pour l'étudiant,
- 2 crédits équivalent à une semaine d'enseignement ou de stage soit 40 heures de charge totale pour l'étudiant,
- 60 crédits pour une année représentent 1 200 heures de travail global, en se reportant à la traduction anglaise du "full time learning" se décomposant en 360 heures d'enseignement et 840 heures de travail personnel (dont 300 heures en stage).

### **Première année : M1**

#### **1<sup>er</sup> semestre du M1**

Les unités d'enseignement fondamentales entrant dans le tronc commun sont organisées en six groupes de disciplines auxquelles la santé publique emprunte ses méthodes :

- droit
- économie
- épidémiologie
- gestion
- sociologie et science politique
- statistiques

#### **2<sup>ème</sup> semestre du M1**

Le 2<sup>ème</sup> semestre du M1 permet de mettre en pratique les acquis disciplinaires sur des problématiques transversales de santé publique :

- Santé et bien-être des populations
- Politiques publiques de santé
- Promotion de la santé

Une UE permettant l'acquisition de compétences linguistiques dans le domaine de la santé publique complète ce premier semestre. Cette unité met l'étudiant en situation de communiquer sur les champs de la santé publique dans la langue anglaise (française pour les étrangers) en les préparant à présenter un exposé, à participer à un débat, à développer une opinion.

Une UE permet de mettre en œuvre les connaissances acquises antérieurement. Elle constitue un temps de synthèse et de mise en pratique pour la résolution d'un problème de santé publique. Cet exercice est ouvert à l'ensemble des étudiants quel que soit le parcours professionnel ultérieur afin de pouvoir croiser les différentes approches qui caractérisent la santé publique.

Enfin, le stage d'immersion prévu en 1<sup>ère</sup> année est également crédité de 5 ECTS et constitue une UE en soi. Celle-ci doit permettre aux étudiants d'observer sur le terrain de stage les réalités des missions et de l'organisation d'une structure dans le champ santé-social.

### **Deuxième année : M2**

#### **1<sup>er</sup> semestre du M2**

Les UE obligatoires, d'une valeur de 30 ECTS sont réparties sur le premier semestre du M2. Ces UE offrent des savoirs, des méthodes et des savoir-faire dont l'utilisation combinée permet la construction des compétences professionnelles requises pour tout professionnel de santé publique, quelles que soient ses fonctions.

## **2<sup>ème</sup> semestre du M2**

Le M2 comporte une UE optionnelle de 10 ECTS destinée à définir des parcours professionnels et 20 ECTS dédiés aux séminaires thématiques, conférences de méthode, stage et mémoire.

Les parcours professionnels proposés correspondent à certaines des grandes fonctions de santé publique :

- observation et analyse de l'état de santé des populations ;
- planification et programmation en santé publique ;
- évaluation ;
- anticipation du risque et intervention en situation de crise

Les UE optionnelles peuvent également être suivies dans d'autres établissements d'enseignement supérieur avec lesquels des conventions de partenariat sont passées qui permettent de reconnaître des équivalences d'enseignement.

Le choix du terrain de stage et du thème de mémoire est lié d'une part à celui de l'UE optionnelle et d'autre part au choix d'un secteur précis des politiques de santé. Ce secteur est choisi après participation à des séminaires de présentation de ces thématiques. Les étudiants sont donc aidés dans la problématisation de leur sujet de mémoire par des conférences de méthode et des séminaires thématiques (exemples : pathologies chroniques, santé au travail, santé mentale, prévention des risques...) qui, en complément de l'UE optionnelle, donnent une cohérence d'ensemble aux quatre types de parcours tout en les personnalisant.

## Présentation des Unités d'enseignement par semestre

### 1<sup>ère</sup> année du master

M1 Semestre 1	Estimation de la charge de travail personnel de l'étudiant	Type d'enseignement			Durée totale pour l'étudiant	Crédits
		Séminaire	Cours	TD		
<b>UE fondamentales obligatoires</b>						
UE001 Sociologie et science politique	60		24	16	100	5
UE002 Statistique	60		24	16	100	5
UE003 Droit	60		24	16	100	5
UE004 Économie du système de santé	60		24	16	100	5
UE005 Epidémiologie	60		24	16	100	5
UE006 Gestion en santé publique	60		24	16	100	5
<b>Total M1 Sem 1</b>	<b>360</b>		<b>144</b>	<b>96</b>	<b>600</b>	<b>30</b>

M1 Semestre 2	Estimation de la charge de travail personnel de l'étudiant	Type d'enseignement			Durée totale pour l'étudiant	Crédits
		Séminaire	Cours	TD		
<b>UE obligatoires</b>						
UE011 Santé et bien-être des populations	60		24	16	100	5
UE012 Analyse des politiques publiques de santé	60		24	16	100	5
UE013 Promotion de la santé	60		24	16	100	5
UE014 Langues étrangères et langue française pour les étrangers	60		10	30	100	5
UE015 Résolution d'un problème de santé publique	60	8	8	24	100	5
UE016 Stage d'immersion	60		(40)		100	5
<b>Total M1 Sem 2</b>	<b>360</b>		<b>240</b>		<b>600</b>	<b>30</b>
<b>Total M1</b>	<b>720</b>		<b>480</b>		<b>1200</b>	<b>60</b>

### 2<sup>ème</sup> année du master

M2 Semestre 3	Estimation de la charge de travail personnel de l'étudiant	Type d'enseignement			Durée totale pour l'étudiant	Crédits
		Séminaire	Cours	TD		
<b>UE spécialisées obligatoires pour la spécialité 1 (S1)</b>						
UE101 Organisation des systèmes de santé en France et en Europe	60		40		100	5
UE102 Les politiques sociales et de santé contemporaines en Europe	60		24	16	100	5
UE103 Stratégie et introduction à la gestion de projet	60		24	16	100	5
UE104 Les processus de régulation : évaluation, accréditation et inspection	60		40		100	5
UE105 Organisations, gouvernance et partenariat.	60		24	16	100	5
UE106 Système d'information, gestion financière et mesure de la performance	60		24	16	100	5
<b>Total M2 Sem 3</b>	<b>360</b>		<b>176</b>	<b>64</b>	<b>600</b>	<b>30</b>

M2 Semestre 4	Estimation de la charge de travail personnel de l'étudiant	Type d'enseignement			Durée totale pour l'étudiant	Crédits
		Séminaire	Cours	TD		
<b>Choix d'une UE optionnelle (UE 201, 202, 203 ou 204)</b>						
UE201 Observation, analyse et aide à la décision en santé publique	120		30	50	200	10
UE202 Conception et gestion de projets en santé publique	120		30	50	200	10
UE203 Evaluation des politiques et des programmes de santé publique	120		30	50	200	10
UE204 Anticipation du risque et intervention en situation de crise	120		30	50	200	10
UE205 Séminaires, stage et mémoire	400				400	20
<b>Total M2 Sem 4</b>	<b>520</b>		<b>30</b>	<b>50</b>	<b>600</b>	<b>30</b>
<b>Total M2</b>					<b>1200</b>	<b>30</b>

## Coordination EHESP-IEP des unités d'enseignement

La responsabilité de l'organisation et de la validation des UE sera assurée des enseignants chercheurs issus des deux institutions demandant la cohabilitation. En dehors de 2 unités spécifiques présentées dans le tableau ci-dessous, les unités d'enseignement ont été regroupées en quatre ensembles thématiques. Ce regroupement permet de s'assurer de la cohérence entre les apports disciplinaires et des pré-requis nécessaires.

Groupes d'unités d'enseignement	Coordonnateurs de l'EHESP et de l'IEP
<u>Gestion et performance en santé publique</u>  UE006 Gestion en santé publique UE013 Promotion de la santé UE103 Stratégie et introduction à la gestion de projets UE106 Système d'information, gestion financière et mesure de la performance UE204 Anticipation du risque et gestion de crise	B. KITOUS, MC en gestion, HDR, section CNU 06, IEP B. PARENT, Dr Communication, qualifié MC section CNU 71, EHESP J. POMMIER, Dr Médecine et Santé Publique, section CNU 46, EHESP
<u>Analyse et évaluation des politiques sociales et de santé</u>  UE001 Sociologie et science politique UE012 Analyse des politiques publiques de santé UE101 Organisation des systèmes de santé en France et en Europe UE102 Les politiques sociales et de santé contemporaines UE203 Evaluation des politiques et des programmes de santé publique	P. HASSENTEUFFEL PU section CNU 04, Université St Quentin en Yvelines et ICRAPE P. LONCLE, qualifiée aux fonctions de MC section CNU 04, EHESP C. MARTIN, Dr CNRS, HDR, section CNU 19, CRAPE-IEP et directeur du LAPSS-EHESP
<u>Observation de la santé et bien être de la population</u>  UE002 Statistique UE004 Économie des systèmes de santé UE005 Épidémiologie UE011 Santé et bien-être des populations UE201 Observation, analyse et aide à la décision en santé publique	R. CRESPIN, qualifié aux fonctions de MC section CNU 04, IEP S. DEGUEN, Dr. Biomathématiques, qualifiée en 1999 aux fonctions de MC section CNU 67
<u>Doit et management public</u>  UE003 Droit UE104 Les processus de régulation : évaluation, accréditation et inspection UE105 Organisations, gouvernance et partenariat UE202 Conception et gestion de politiques et projets en santé publique	M. CORMIER, MC associé en droit public, IEP L. LAUDE-ALIS, Dr Gestion, section CNU 06, EHESP J.M. LHUILLIER, Dr. Droit, EHESP
<b>UE spécifiques</b>	
UE014 Langues étrangères et langue française pour les étrangers	W. SHERLAW, MSc Sciences de l'Information, EHESP
UE015 Analyse d'un problème de santé publique	FX SCHWEYER, Dr Sociologie, HDR en cours, EHESP

## **Dispositif de validation**

Chaque unité d'enseignement doit être validée spécifiquement.

Deux modes de validation coexistent :

- une validation sous forme individuelle
- une validation sous forme collective

Ces modalités sont définies par les enseignants responsables des UE en accord avec l'équipe pédagogique assurant le suivi du Master.

De plus, la validation se fait sous la forme de :

- Contrôle pratique :
  - étude de cas par enseignement (ou transversale, notamment pour l'UE 015 Résolution d'un problème de santé publique),
  - fiche de lecture (à partir de la lecture d'un ouvrage),
  - rapport écrit, soutenance orale
- Contrôle terminal : sous la forme d'une épreuve sur table de 3 heures (1 par UE concernée)
- Pour la mise en situation professionnelle, la validation comporte un document de synthèse (mémoire) dont la dimension professionnelle est appréciée.

## Présentation détaillée des unités d'enseignement

### Les UE du M1 (UE001 à UE006 et UE11 à UE15)

#### UE001 Sociologie et science politique

En santé publique, comme ailleurs, il est nécessaire de comprendre comment les organisations évoluent, se développent ou dysfonctionnent. L'UE a pour objectif de former au raisonnement sociologique permettant de comprendre les logiques d'action et le fonctionnement des institutions et des dispositifs. L'apport de la science politique est également pertinent pour ce qui concerne la compréhension des logiques d'action publique et des politiques publiques.

Principaux contenus :

- Présentation des acteurs, des institutions et des politiques de santé publique
- Apports historiques sur le champ de la santé publique
- Concepts et outils de la sociologie des organisations et de l'analyse stratégique
- Analyse de l'action publique et des politiques publiques dans le secteur des politiques de santé
- Approche des réseaux et analyse des conventions
- Eléments de méthode pour une initiation à l'entretien, à l'observation, à l'analyse de contenu et des cas

#### UE002 Statistique

Cette UE a pour objet à la fois de fonder les bases de la description statistique (partie 1) et de proposer les différentes étapes de la statistique décisionnelle en santé publique (partie 2).

Principaux contenus :

Partie 1 : Statistique descriptive

- La mesure, échelles de mesure
- Grands types de variables
- Recueil des données et mise en forme : classification, tableaux, graphiques
- Résumé des données : paramètres de tendance centrale, position, dispersion, concentration
- Construction des indicateurs : ratios, taux, pourcentages
- Eléments de démographie
- Introduction à la qualité des données : validité, fiabilité, exhaustivité ou représentativité, précision

Partie 2 : Statistique inférentielle

- Méthodes d'échantillonnage
- Notions de variabilité, probabilités d'un événement, lois de probabilité les plus couramment utilisées
- Estimations ponctuelles et par intervalles
- Risques de première et de deuxième espèce
- Principaux tests statistiques.

#### UE003 Droit

Cette UE offre un enseignement centré sur le cadre juridique de l'action publique dans le domaine de la santé publique. Il commence par une présentation des institutions en insistant sur le morcellement et la complexité d'un champ d'action où s'entremêlent les interventions de l'Etat, des collectivités locales, d'agences spécialisées, d'établissements publics locaux mais aussi d'institutions privées. Il se poursuit par une présentation des outils juridiques de l'action que sont les actes unilatéraux et les contrats en insistant sur l'existence d'actes au statut juridique incertain (recommandations, bonnes pratiques) mais aussi sur la place du contrat qui, dans le domaine de la santé publique comme dans d'autres secteurs de l'action publique, est soumis à un usage intensif qui lui fait parfois perdre son identité juridique (cf. le contrat dans la réforme hospitalière par exemple).

L'enseignement aborde enfin le thème de la responsabilité dont on sait l'importance en matière de santé publique depuis l'épisode du « sang contaminé » et ceux qui ont suivi (hormone de croissance, amiante, ESB..).

Les acteurs de la santé publique : centralisation, déconcentration, décentralisation

Les outils de l'action publique : actes unilatéraux, contrats

La responsabilité des acteurs.

#### **UE004 Économie du système de santé**

Les objectifs de cette UE consistent à présenter les concepts et les méthodes retenus par l'approche économique et à réfléchir aux conditions de son application à la santé publique et au système de santé en général.

Principaux contenus :

- Principes et concepts de base de l'analyse micro et macro économique
- Questions relatives aux choix collectifs - choix individuels, à la coordination des actions sociales et de santé
- Allocation des ressources et définition de priorités
- Performance de la fonction assurantielle
- Contribution de la protection sociale à la performance du système de santé
- Analyse des réformes de systèmes de santé en Europe.

#### **UE005 Epidémiologie**

Cette UE permet d'acquérir les bases de la description épidémiologique et développe la démarche analytique jusqu'à l'évaluation des actions de santé.

Principaux contenus :

Partie 1: Epidémiologie descriptive

- Stratégie de l'approche épidémiologique
- Sources de données et méthodes de recueil : registres, différents types d'enquête
- Données à visée décisionnelle : indicateurs, tableaux de bord, graphiques, scenarii, prévisions, seuils d'alerte
- Qualité des données épidémiologiques : validité, fiabilité, exhaustivité ou représentativité, précision...

Partie 2 : Epidémiologie analytique

- Différentes approches : expérimentale, semi expérimentale et d'observation
- Concept de causalité en épidémiologie
- Méthodes d'enquête
- Analyse spatio-temporelle
- Evaluation des actions et programmes de santé

#### **UE006 Gestion en santé publique**

Cette UE consiste à décrire les principaux domaines de la gestion et leur application à la conduite d'actions en santé publique.

Principaux contenus :

- Les approches de la gestion. La gestion comme mode d'agir, comme ensemble de pratiques historiquement situées et comme ensemble de connaissances.
- Les processus fondamentaux de la gestion et les modalités de l'analyse des processus (utilité, notion, étapes de fonctionnement et de conception, évolutions actuelles, concepts et controverses théoriques). Les processus stratégiques, de GRH, de gestion de la production, de la finance et de la gestion de la performance (contrôle de gestion, qualité).
- Les différentes conceptions de la gestion à partir des modèles prévalant en GRH. Les théories de l'action individuelle et organisée en gestion.

### **UE011 Santé, bien-être des populations et action sociale**

Cette UE s'intéresse aux liens entre santé et bien-être et plus particulièrement aux interactions entre les processus de pauvreté et de précarisation et la santé.

Principaux contenus :

- Approche détaillée des déterminants sociaux de la santé
- Systèmes d'information dans le champ sanitaire et social
- Projets de santé
- Implication de l'analyse des déterminants dans la formulation des politiques: exemples de plans nationaux et régionaux dans les domaines de la santé et du social

### **UE012 Analyse des politiques publiques de santé**

Cette UE porte sur l'articulation des politiques conduites à différents échelons géographiques (région, nation, Europe), sur l'impact de ces changements sur les pratiques institutionnelles et professionnelles (contractualisation, médiation, animation...) et sur les principes et enjeux de la santé publique (équité, égalité, solidarité, démocratie, participation...).

Principaux contenus :

- Théorie générale et principaux modèles d'analyse des politiques publiques
- Evolution des politiques de santé publique en France
- Logiques territoriales des politiques publiques en France et en Europe
- Construction d'une politique européenne de santé publique, la politique OMS en région Europe
- Impacts sur les pratiques professionnelles

### **UE013 Promotion de la santé**

L'objet de cette UE est de retracer le développement de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé afin de favoriser une analyse critique des enjeux.

Principaux contenus :

- Histoire et évolution de la promotion de la santé
- Théories et modèles sous-jacents de la promotion de la santé
- Apport des sciences sociales à la promotion de la santé
- Principaux axes de la promotion de la santé : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles, réorienter les services de santé
- Notions de la promotion de la santé basée sur les preuves

### **UE014 Anglais pour les étudiants francophones/français pour les étudiants non francophones**

Les objectifs d'apprentissage de cette UE portent sur :

- l'acquisition d'une compétence de compréhension écrite et orale du vocabulaire anglais dans le champ de la santé publique, au travers de la lecture dirigée des sources documentaires utilisées dans les autres unités d'enseignement, et de cours préparatoires aux interventions en langue anglaise menées par les conférenciers étrangers,
- l'acquisition de compétences de production écrite et orale autour des thématiques de santé publique, développées dans ces sources, dans les cours des autres unités (travaux en petits groupes), et pouvant comporter, selon les parcours des étudiants :
  - la création d'un « glossaire en santé publique »
  - la préparation au départ en stage dans un pays anglophone
  - la rédaction et la présentation orale d'un résumé en langue anglaise d'un travail personnel

La majeure partie des enseignements de ce master étant dispensés en français, les étudiants non francophones seront plus particulièrement aidés, dans le cadre de cette UE, dans le développement de capacités linguistiques générales, orales pour la préparation aux stages, soutenances... écrites pour le travail de mémoire notamment.

## **UE015 Analyse d'un problème de santé publique**

Les objectifs d'apprentissage de cette UE sont les suivants :

- Mettre en œuvre une approche basée sur la résolution d'un problème de santé publique ("*problem based learning*")
- Formuler un diagnostic
- Argumenter sous la forme d'une approche multidimensionnelle du problème
- Proposer des solutions en vue d'une aide à la décision.

A titre d'exemples, les problèmes suivants peuvent être traités :

- Un risque industriel survient dans une zone donnée, quel plan d'action proposez-vous, quelles actions mettez-vous en œuvre ?
- Les médias relaient beaucoup d'incidents liés à la pollution, quelles dispositions prenez-vous ?
- La fréquence de l'allaitement maternel a tendance à diminuer dans un département, que faites-vous ?
- Un établissement public de santé constate un accroissement de l'absentéisme au travail, que faites-vous ?

## **Les UE du M2 - UE obligatoires : UE101 à UE106 et UE optionnelles : UE201 à UE204 -**

### **UE101 Organisation des systèmes de santé en France et en Europe**

L'organisation des systèmes sociaux et de santé est un préalable à toute approche de la régulation, ces systèmes ayant pour objet de produire les services nécessaires à la mise en œuvre des politiques de santé publique.

Principaux contenus :

- Régulation économique de la protection sociale et de la santé et modes de financement
- Performance des systèmes de santé selon l'OMS et l'OCDE
- Effets de la décentralisation/centralisation sur les institutions sociales et de santé, dans certains pays européens
- Planification dans les domaines social et de santé
- Processus de construction et de mise en œuvre des politiques : plans, schémas, programmes
- Réseaux sociaux et de santé
- Participation des usagers à la construction d'une politique locale

### **UE102 Politiques sociales et de santé contemporaines en Europe**

Cet UE a pour objectif d'expliquer et de contextualiser les orientations des politiques sociales et sanitaires à des publics de professionnels et d'usagers, et de comparer ces politiques au niveau Européen.

Les principaux contenus portent sur les politiques et populations suivantes :

- Santé publique, environnement, promotion de la santé
- Politiques hospitalières (incluant la santé mentale)
- Politiques médico-sociales (personnes âgées, handicapés, enfance)
- Politiques sociales (personnes en situation de précarité sociale)
- Soins de ville, y compris réseaux de santé

### **UE103 Stratégie et introduction à la gestion de projet**

Cette UE a pour but de présenter l'ensemble des opérations qui permettent de mener une action de santé publique, de la définition d'une stratégie d'action à l'évaluation des réalisations.

Principaux contenus :

- Histoire et base conceptuelle de la stratégie.
- Démarche de conduite de projet et communication stratégique.
- Démarche et diagnostic stratégique.
- Structure et stratégie : nouvelles formes de coopération (réseaux, partenariats)
- Mise en œuvre de la stratégie et gestion des ressources humaines.

### **UE104 Processus de régulation : évaluation, accréditation et inspection.**

Cette UE porte sur les outils de régulation des systèmes de santé en France et en Europe.

Principaux contenus:

- Place de l'évaluation, de l'accréditation et de l'inspection parmi les différents modes de régulation d'un système de santé
- Evaluation : le concept d'évaluation, le dispositif d'évaluation, les représentations des acteurs, les étapes de la démarche évaluative.
- Qualité, accréditation, audit : concepts, enjeux de la qualité, mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, utilisation des résultats, conduite d'une politique territoriale de démarche qualité au sein des établissements.
- Inspection : les différents acteurs et la démarche d'inspection et de contrôle, les fondements juridiques de l'inspection, la démarche méthodologique

### **UE105 Organisations, gouvernance et partenariats**

Cette UE consiste à présenter la dynamique des organisations de travail, privées et publiques.

Principaux contenus :

- Structure et dynamique des organisations. Management public et management privé
- Négociations et relations professionnelles
- Introduction à la théorie de la décision
- Articulation des systèmes de décision publique

### **UE106 Systèmes d'information, gestion financière et mesure de la performance**

La conduite d'actions de santé publique nécessite de développer un système d'information adapté, un ou des projets de financement et une démarche d'analyse de la performance de l'action.

Principaux contenus :

- Les systèmes d'information des organisations sanitaires et sociales: caractéristiques et évaluation de leur performance. Les processus d'interprétation de l'information. Description et analyse des stratégies déployées par les acteurs. Les nouvelles technologies de l'information. Problématiques de leur mise en œuvre. Impact sur la coordination des acteurs.
- Comptabilité générale, documents de synthèse de la comptabilité budgétaire. Elaboration et suivi du budget. Clôture des comptes et détermination des résultats. Les juridictions financières.
- Méthodes de financement des établissements et services liées à la performance. Grands principes d'analyse des coûts. Définition des sections et des unités d'œuvre dans les organisations sanitaires et sociales. Gestion par centres de responsabilité interne et contractualisation interne. Tableaux de bord de pilotage. Indicateurs médico-économiques et indicateurs médico-socio-économiques.

## **UE201 Observation, analyse et aide à la décision en santé publique**

Comment faire un diagnostic de la situation sanitaire et sociale sur un territoire donné ? Comment mesurer un problème spécifique de santé publique ? Quels outils méthodologiques utiliser ? Voici des questions qui se posent souvent aux décideurs et aux acteurs au niveau d'un territoire, d'un service, d'une agence. Si l'observation repose majoritairement sur des approches quantitatives, les techniques d'observation sont multiples et diversifiées tant au niveau des méthodes, des types d'informations recueillies que des moyens nécessaires. Aussi, il est important que les professionnels de santé publique maîtrisent ces apports pour mener à bien des travaux d'observation et, de manière générale, pour faciliter la prise en compte de données d'observation dans les décisions en santé publique.

Principaux contenus :

- Synthèse des informations existantes, lecture critique
- Définition du besoin d'information
- Conception d'une veille scientifique
- Conception et utilisation d'indicateurs
- Méthodes utilisées dans l'observation de la santé
- Techniques d'analyse et construction d'un cahier des charges
- Aide à la décision sur la sélection et la priorisation des problèmes à résoudre

## **UE202 Conception et gestion de projets en santé publique**

Cette unité d'enseignement met l'accent sur la conduite des projets en santé publique de la conception à la mise en oeuvre.

Principaux contenus :

- Formalisation d'un processus de projet
- Analyse des risques liés au projet
- Analyse des jeux d'acteurs dans le cadre d'un projet
- Allocation et gestion des ressources financières et humaines
- Gestion des équipes projets
- Compétences du responsable de projet
- Formalisation d'un plan de management
- Formalisation d'un "business case"

## **UE203 Evaluation des politiques et des programmes de santé publique**

Cette UE développe les différentes approches et méthodes existant en termes de suivi et d'évaluation de programmes de santé publique en France, en Europe et au Québec. L'impact économique, la mesure de la qualité et l'utilisation d'indicateurs médico-sociaux dans le cadre de la LOLF, sont aussi abordés.

Principaux contenus :

- Approche historique, concepts et champs de l'évaluation, finalités et enjeux
- Planification de l'évaluation : questionnement évaluatif, cahier des charges, dispositif (acteurs et instances, suivi et évaluation (reporting))
- Méthode : les stratégies de recherche en évaluation, le référentiel de jugement, les techniques de recueil de données et d'analyse
- Usages de l'évaluation : construction et présentation des résultats, communication, standards de qualité
- Méthodes d'évaluation médico-économique pour les décisions en santé publique
- Démarche d'analyse « coût – effective » pour un programme de santé publique,
- Approches globales en termes d'efficacité et de qualité d'une organisation sociale et de santé

## UE204 Anticipation du risque et gestion de crise

La médiatisation des crises sanitaires a renforcé la demande de sécurité de la part de la population. L'évaluation et la gestion des risques, l'anticipation des situations d'exceptions, la prévention des crises et leur gestion, sont maintenant des éléments fondamentaux pour les professionnels du management et de la régulation en santé publique.

Principaux contenus :

- Alertes et urgences sanitaires :
  - o introduction générale : Définitions et concepts.
  - o organisation en cas de situation d'exception et prise en charge spécifique des risques pour la santé.
  - o L'alerte sanitaire relative aux risques infectieux
  - o Les alertes sanitaires de faible amplitude et à gestion locale.
  
- Prévention des risques et des crises :
  - o Analyse comparée des modalités d'anticipation et de prévention des risques dans trois grands domaines
  - o Outils de détection des risques et des crises : surveillance et vigilance
  - o Outils de prévention des crises tournés vers les populations : information, formation
  - o L'anticipation d'une crise potentielle « naturelle » de très grande ampleur (exemple du plan d'action en cas d'épidémie de grippe aviaire)
  
- Gestion et sortie de crise :
  - o La démarche de gestion de crise
  - o Prise de décision en situation d'urgence
  - o Sortie de crise et retour d'expérience

## Les stages

Les connaissances et les savoir-faire proposés dans les UE obligatoires permettent une spécialisation dans l'une des quatre UE optionnelles du M2 et parallèlement un approfondissement dans des champs d'étude appréhendés en situation de stage.

Les champs d'étude suivants seront notamment proposés :

- Populations en situation de précarité sociale
- Handicap et dépendance
- Santé des enfants et des adolescents
- Santé mentale
- Santé et travail
- Pathologies chroniques
- Sécurité sanitaire

Des conférences de méthode et des séminaires thématiques sur les champs d'étude pré-cités sont organisés pour préparer le stage et accompagner le travail de mémoire.

Les séminaires et stages équivalent à 25 ECTS, temps de préparation inclus.

Les stages peuvent être réalisés en France, dans les pays européens, ou dans d'autres pays avec lesquels l'école a développé des partenariats.

Le premier stage est organisé dès le second semestre de la première année du Master. Il a pour objectif la découverte de l'environnement professionnel dans un service social ou de santé et l'observation des populations bénéficiaires des politiques sociales et de santé.

Le deuxième stage est organisé durant le second semestre de la deuxième année et est consacré au développement de compétences professionnelles au travers de :

- l'acquisition de compétences de compréhension du rôle du professionnel de santé publique dans son environnement, ce qui va de l'identification des différents acteurs internes et externes à l'observation et à la compréhension de leurs logiques d'action,
- l'acquisition de compétences d'analyse des différents outils et méthodes utilisés par les praticiens et de leur appropriation,
- la mise en situation professionnelle dans le but d'acquérir les compétences nécessaires pour prendre par la suite des responsabilités dans la conduite de projet, l'évaluation en matière de politiques sociales et de santé, l'observation et la promotion de la santé ou l'évaluation et la gestion de risques liés à la santé.

Un projet individualisé de stage est proposé à l'étudiant par un maître de stage agréé par l'EHESP ou l'IEP et une fiche d'objectifs est signée par les parties prenantes. Les maîtres de stage sont recrutés parmi les cadres de direction des établissements sanitaires et sociaux, les cadres de l'État et des collectivités territoriales, le réseau des comités d'éducation pour la santé, des organismes de santé publique, des associations privées gestionnaires de services sociaux et de santé, des groupes de santé primaire dans des pays européens (Primary care Trusts au Royaume Uni, Entreprises sanitaires locales en Italie ou encore des centres de santé communautaires en Espagne).

Ce stage inclut la préparation du mémoire, dont le contenu est le plus souvent lié à des missions réalisées au cours du stage et à des problématiques qui en découlent. Ce mémoire permet de mettre en œuvre les compétences acquises au cours des unités optionnelles du M2.

De plus, pour certains étudiants, des « stages recherche » peuvent être proposés. Ils sont effectués dans un laboratoire d'accueil agréé<sup>78</sup> sous la double tutelle d'un enseignant HDR de l'équipe pédagogique pour la problématique de recherche et d'un chercheur pour l'encadrement thématique. Cette option sera progressivement développée en fonction du réseau EHESP, de l'appui possible sur de nouvelles équipes de recherche et de l'extension qui en résultera en termes de laboratoires d'accueil.

---

<sup>78</sup> La liste des laboratoires figure à l'Annexe 1 de ce document.

## Annexe 1 - Des partenariats au niveau de la recherche

Ces partenariats sont largement engagés avec l'Université de Rennes 1, le CNRS, l'IREIMAR (Institut de recherche européen sur les institutions et les marchés, FR7) et l'IEP de Rennes. L'IREIMAR regroupe les unités mixtes de recherche du CNRS du campus centre en économie, gestion, droit et science politique (à savoir le CREM – Centre de recherche en économie et management), le CRAPE (centre de recherche sur l'action politique en Europe) et l'IODE (Institut de l'Ouest, droit et Europe).

Des partenariats existent et des conventions sont en cours d'élaboration avec d'autres équipes et écoles doctorales qui travaillent sur le même secteur et avec lesquels des collaborations ont été ou sont en cours de mise en place :

- département d'économie et gestion de l'Université de Paris 9 Dauphine et, pour la recherche, LEGOS dont le champ de recherche est précisément l'économie et la gestion appliquée aux domaines des politiques sociales et de santé.
- CERSO avec le développement en partenariat de la recherche en sociologie de la santé.
- Ecole doctorale et département de démographie de l'Université de Paris 10 – Nanterre, ainsi que Centre de recherche population et sociétés (CERPOS) de cette même université.
- Université Paris 12..

C'est dans cette perspective d'ouverture et de structuration en réseau que la recherche dans ce domaine pourra être développée, parallèlement aux formations de Master et de Doctorat.

D'autres partenariats sont liés au fait que certains chercheurs du LAPSS sont associés à des laboratoires mono-disciplinaires, notamment :

- le Centre lillois d'analyse et de recherche sur l'évolution de l'entreprise (CLAREE) de l'Université Lille 1,
- l'Institut de recherche en gestion (IRG) de Paris XII,
- le laboratoire "Processus d'action des enseignants, déterminants et impacts" de l'université de Clermont-Ferrand,
- le Centre de recherche sur le Pilotage économique et social des organisations (PESOR) de Paris XI,
- laboratoire Printemps de l'Université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines,
- le Centre de recherche en Sciences de l'information et de la Communication (CERSIC) de Rennes 2.

Des coopérations existent avec l'équipe hospitalo-universitaire en santé publique de Nantes, dirigée par P.Lombrail et avec des filières doctorales en santé publique de l'université de Versailles St-Quentin.

Enfin, des liens existent avec la London School of Economics au travers de contrats de recherche et via l'Observatoire européen de l'OMS. Ces liens peuvent s'intensifier au travers des échanges d'enseignants chercheurs et d'étudiants engagés dans des MASTERS recherche.

## Annexe 2 – Les trois principales publications des membres de l'équipe pédagogique et des enseignants-chercheurs du LAPSS et du CRAPE entre 2003 et 2005

### Publications dans les revues internationales et nationales avec comité de lecture

**BELLANGER M.M.** and **MOSSÉ P.R.**, The search for the Holy Grail: combining decentralised planning and contracting in the French health care system *Health economics*, 2005 special issue, 14 (S1):119-133. .

**BELLANGER M.M.**, **CHERILOVA V.** and **PARIS V.**, "The health benefit basket in France", *European Journal of Health Economics*, 2005, 6 (Suppl 1), 24-29.

**BELLANGER M.M.** and **JOURDAIN A.**: Tackling Regional Health Inequalities in France by Resource Allocation: A Case for Complementary Instrumental and Process-Based Approaches? *Applied Health Economics and Health Policy*, 2004, vol 3, no. 4, pp. 243-250(8)

**CAMPEON A.**, **LEBIHAN B.**, **MARTIN C.**, « Définition d'une offre de garde face aux horaires atypiques et flexibles : Leçons de quelques expérimentations », *Recherches et prévisions*, n°80, 2005, p. 11-26.

**CORMIER M.**, « La régulation de la concurrence par les agences régionales de l'hospitalisation », in « services de santé et concurrence » co-direction avec E. Ghérardi, *Rev. Générale de droit médical*, hors série, 2005, p. 21 à 40.

**CORMIER M.**, « La prétendue simplification du système hospitalier du 4 septembre 2003 » (en collaboration avec J.-M. Lemoyne de Forges, *RD sanit. soc.* 2004, p. 110.

**CORMIER M.**, « L'obligation de payer », *Rev. Générale de droit médical*, n° 11, décembre 2003, p. 69 à 79

**DELAHAIRE M-L.**, **MIDY F.**, **POLTON D.**, « la question de la pénurie et des tensions d'effectifs du personnel soignant : analyse des professions infirmières et sages-femmes », *Revue Management Information Finance*, n° 6, mai 2005.

**DEGUEN S.**, **THOMAS G.**, **PHONG CHAU N.**, Estimation of the contact rate in a seasonal SEIR model, Application to chickenpox incidence in France, *Stat Med*, 2000; 19(9):1207-16

**DEGUEN S.**, **LE BOUÉDEC C.**, **BARD D.**. Composante aléatoire des agrégats de cas en santé environnementale et aide à la décision en santé publique. *Environnement, Risques et Santé vol2*, n°4, juillet août 2003. 5p.

**DUMOND J-P.**, « L'appréciation des personnels : évaluer n'est pas expliciter », *Revue Française de Gestion*, (article accepté en 2005, à paraître en 2006).

**DUMOND J-P.**, « Feelings of a debt, obedience to authority and opportunism between stakeholders within health care system », 2005, *Eurohealth*, 11 (3).

**DUMOND J-P.**, « Sans licenciements, pourquoi les restructurations sont elles encore brutales ? », 2005, *Psychologie du travail et des organisations*, 11 (4) : 241-255.

**FRINAULT T.**, « Des procédures automatiques aux nouveaux modes de gestion individualisée : les recompositions de l'action gérontologique départementale », *Revue française des affaires sociales*, 3, 2005, p.33- 54.

**FRINAULT T.**, « Du ressortissant-bénéficiaire aux ressortissants-usagers: l'émergence de nouveaux rapports sociaux d'usage dans le domaine vieillesse », *Politiques et Management public*, 23(2), 2005, p. 43-65.

**FRINAULT T.**, « La réforme française de l'allocation dépendance ou comment bricoler une politique publique », *Revue française de science politique*, 55 (4), p. 607-632.

**GRIMAUD O.**, **CLAPPIER,P.**, **DENIS M.**, **RIOU F.** Etude qualitative pour l'identification des facteurs influençant la qualité de l'orientation et du transfert des patients atteints d'accident vasculaire cérébral. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2005, n°53, p. 1S12-1S21

**BAYAT S.**, **CHAPERON J.** Mortalité selon le zonage en aires urbaines en Bretagne. *Santé Publique* 2004. *Volume 16, n°3, pp 499-507*

**GRIMAUD O.**, **OCHOA A.**, **IMBERT F.**, **LEDÉSERT B.**, **PITARD A.**, Health indicators in the European Regions. *European Journal of Public Health*, 2003, 13 , pp. 118-119.

**GUIGNER S.**, «L'Odyssée de l'administration européenne de la santé : une administration en quête de leadership» *Politique européenne*, n° 11, automne 2003, p. 31-55.

- HARDY J.**, Les produits sanguins labiles, *Lamy Santé - Etude* n° 412 Tome 2 - Octobre 2002.
- HARDY J., L'assurance des établissements de transfusion sanguine devant le Conseil d'Etat, *Droit administratif*, mai 2001 n° 133 p. 33.
- HARDY J., La création d'un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, *Semaine Juridique Entreprises et affaires*, 5 avril 2001 n° 14 p. 605 à 609.
- HASSENTEUFEL P** « Mehr Staat, aber auch mehr Wettbewerb - Die Zwiespältigkeit der französischen Krankenversicherungspolitik », *Jahrbuch für kritische Medizin*, n° 38, 2003, p. 48-62.
- HASSENTEUFEL P « De la comparaison internationale à la comparaison transnationale. Les déplacements de la construction d'objets comparatifs en matière de politiques publiques », *Revue française de Science politique*, vol. 55 (1), 2005, p.113-132.
- HASSENTEUFEL P (avec Bruno Palier) « Les trompe-l'oeil de la "gouvernance" de l'assurance maladie. Contrastes franco-allemands », *Revue française d'Administration publique*, n° 113, 2005, p.13-28.
- JABOT F.** et al., « L'intégration de la prévention et de la promotion dans les systèmes de santé : quatre réalités, plusieurs similitudes (avec une équipe internationale France, Québec, Suisse, Brésil) ». *International journal of health promotion and education*, Union internationale d'éducation et de promotion de la santé, 4<sup>ème</sup> trimestre 2005.
- JABOT F., DEMEULEMEESTER R. Les interactions entre les niveaux national, régional, départemental et local dans les interventions en santé publique. *Santé publique*. n°5, décembre 2005.
- JOURDAIN A.**, BLUM, C, DEMEULEMEESTER R., MOISDON J.C. « Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ? », *Santé Publique*, n°4, 2005.
- JOURDAIN A., GARDIN G., FRINAULT T.,** **Épisode caniculaire et personnes âgées ; éléments localisés de diagnostic, d'alerte et de plan d'urgence, Synthèse des études réalisées dans les régions Ile-de-France, Centre, Bourgogne, Auvergne, Haute-Normandie et Franche-Comté, DREES, Série Études, n°43, mai 2004.**
- JOURDAIN A., BRZUSTOWSKI M.,** **De l'utilité de la notion de désavantage social dans la formulation d'une politique locale du handicap, Revue Handicap, n°100, décembre 2003.**
- Le BIHAN B.**, MARTIN C. et CHARBONNEAU J., « Temporalités : le temps, un enjeu social et politique », *Lien social et Politiques*, n°54, hiver 2005, p 5-11.
- LONCLE P.**, ROUYER A., « La participation des usagers, un enjeu de l'action publique locale », *Revue française des affaires sociales*, n°4-2004, pp. 133-154.
- LHUILIER J-M**, Actualités juridiques in 4 numéros annuels. Compte-rendu d'ouvrages, *Revue Droit sanitaire et social*, Dalloz-Sirey, 2003.
- LHUILIER J-M, Les établissements et services sociaux et médico-sociaux, *Revue de Droit Sanitaire et Social*, avril-juin 2004.
- LHUILIER J-M, en collaboration avec CLÉMENT Joël (ENSP Matiss), Contractualisation interne, le parti de la déconcentration, *Revue hospitalière de France*, déc. 2003, n°495, pp 4-8.
- MARTIN C.**, CICHELLI V. "Young adults in France: getting adult in the context of increased autonomy and dependency", *Journal of Comparative Family Studies*, vol XXXV, n° 4, 2004, pp. 615-626.
- MARTIN C, LE BIHAN B., "Care system towards frail elderly people. A case-study comparative approach (Germany, Spain, France, Italy, United-Kingdom, Sweden)", *Social Policy and administration*, vol. 38, n°5, 2004.
- MARTIN C., Les fonctions de la famille, Cahiers Français, n° 322, Paris La Documentation française, 2004, 66.29-33.
- ORVAIN J.**, XERRI X. and MATILLON Y., Overview of health technology assessment in France, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2004, vol 20 p 25-34.
- BUSSE R., ORVAIN J., VELASCO M. and al., Best practice in undertaking and reporting health technology assessments, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 2002 vol 18-2 p 361-422
- POMMIER J.**, LAURENT-BEQ A., Analyse d'une politique régionale de santé des jeunes : l'exemple de la Lorraine. *Santé Publique*, 2004, 15, 1 :75-93.

POMMIER J., DESCHAMPS J.P. Les infirmières et la santé publique : évolution des missions et des formations. *Santé publique*, 2004, vol. 16, 2: 197-206.

POMMIER J., LAURENT-BEQ A., Citoyens et démocratie sanitaire. *Santé publique*, 2003, 15, 3: 309-312.

**ROUSSEL P.** et **TAILLARD J.F.**, Contribution méthodologique pour la prévention du risque juridique en achat public, *Risques et Qualité en milieu de soins*, N° 3, Octobre 2004: 33-41.

**SCHWEYER F-X**, METZGER J-L, « Entre profession, organisation et marché : le cas des ingénieurs biomédicaux hospitaliers », *Revue française des affaires sociales*, 1, 2005, 183-205.

SCHWEYER F-X, Les territoires de santé et la médecine libérale. Les enjeux d'une convergence, *Lien social et politiques*, 52, automne 2004, 35-46.

SCHWEYER F-X, LEVASSEUR G., Priorités et programmes régionaux de santé : enquête auprès des médecins généralistes enseignants de Bretagne, *Santé publique*, n°3, octobre 2003, pp 359-368.

### Ouvrages et chapitres d'ouvrages collectifs

**BELLANGER M.M.** et **MOSSE P.R.**, « Santé, les Grandes tendances », in *L'état de la France*, Paris, La Découverte, 2005, p. 78-84.

**BELLANGER M.M.**, Modernisation instead of privatisation in the French health care, in **MAARSE H.**, *Privatisation in European health care, a comparative analysis in eight countries*, Elsevier, 2004, pp 63-77.

BELLANGER M.M., L'introduction des mécanismes de marché dans des systèmes de santé en Europe, in P Hassenteufel, *Concurrence et Protection sociale en EUROPE*, Presses universitaires de Rennes, 2003.

**DELAMAIRE M-L**, « La gestion des ressources humaines en Europe », in Martory B. et Crozet D (dir), *Gestion des Ressources Humaines (pilotage social et performances)*. Dunod, 6<sup>ème</sup> édition, septembre 2005, p 288 à 297.

**DUMOND J-P.**, « La gestion serait-elle devenue destructrice ? L'exemple de l'institution hospitalière », 2005, in *Management de la santé et de la sécurité au travail. Un champ de recherche à défricher*, Paris, L'Harmattan.

**FRINAULT T.** et Christine GUIONNET, co-direction de Politique(s) et vieillissement, *Politix* n° 72, décembre 2005. Editions Armand Colin.

FRINAULT T, « L'hypothèse du 5<sup>ème</sup> risque », in C. Martin, (dir.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, Rennes, PUR, Res Publica, 2003, p. 69-94.

FRINAULT T, « L'allocation dépendance entre contraintes libérales et innovation institutionnelle : retours sur un bricolage politique », in P. Hassenteufel & S. Hennion-Moreau (dir.), *Concurrence et protection sociale en Europe*, Rennes, PUR, 2003, p. 181-206.

**GUIGNER S.**, « Institutionalizing Public Health in the European Commission: The Thrills and Spills of Politicization », in Andy Smith (ed.), *Politics and the European Commission: Actors, Interdependence, Legitimacy*, London/New York, Routledge, 2004, p. 96-115.

**HARDY J.**, "Les transformations du contrat médical" , in F-X Schweyer et al (eds), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Editions ENSP, 2004, p 37-56.

HARDY J., Les habits neufs de la sécurité sanitaire, in J. LEFRERE et Ph. ROUGER : *La transfusion sanguine : une approche sécuritaire* , J. Libbey Eurotext, mars 2000, p. 430 à 450

**HARDY J.**, **La responsabilité des acteurs : un droit en transformation**, in *Transfusion clinique et biologique*, Elsevier, Février 2000, Vol 7 n° 1 p. 38 à 43.

**HASSENTEUFEL P** (et S. Hennion-Moreau), (dir.), - *Concurrence et protection sociale en Europe*, Rennes, PUR, 2003, 314 p.

HASSENTEUFEL P, « Comparaison » et « Convergence », in L. Boussaguet, S. Jacquot, P. Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, p. 109-116 et p. 131-137.

HASSENTEUFEL P, « L'accélération des transformations du système d'assurance maladie allemand », in I. Bourgeois (dir.), *Le modèle social allemand en mutation*, Travaux et documents du CIRAC, 2005, p. 123-134.

**JOURDAIN, A.** Los regimenes de estado benefactores en Europa. Reformas en los sistemas hospitalarios y recursos humanos (pp. 55-59). Rennes: Ikkon, 2006.

JOURDAIN Alain et BATT Agnès (dir) : Le suicide et sa prévention. Les éditions de l'ENSP. 2005, 272 pages

JOURDAIN A., *Le principe d'équité dans la formation des politiques de population des années quatre-vingt dix*, Rennes, éditions de l'ENSP, septembre 2003

**KITOUS B & DEWAELE M**, (Université du Québec), *L'autre management, conflits, violences, identités*, Paris, L'Harmattan, 2004, 275 p.

SASE ; Society for the advancement of socio-economics, *Private powers and public domains :re-defining relations among states, markets and societies*, Washington, 2004.

KITOUS B, « Perceptual attitudes evoked by Western versus Eastern fragrances : an experimental inquiry », in *Cosmetic ingredients and biotechnologies*, CBB-Development, Proceedings of Cosming'04, Saint-Malo, 2004.

KITOUS B, *Alicaments : enjeux et scénarios*, Rennes, éditions de l'ENSP, 2003

**LAUDE L.**, « Les directeurs d'établissements publics de santé confrontés aux restructurations : une gestion de contradictions », in A Valette, AP Constrandriopoulos, JM Denis, D Constandriopoulos, *L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec*, Presses universitaires de Montréal, 2005, p.67-81.

Le BIHAN B., **MARTIN C. et CHARBONNEAU J.**, (dir), ***Lien social et politiques***, numéro thématique

#### « Temporalités : le temps comme enjeu politique », n°54, hiver 2005

Le BIHAN B. and MARTIN C., "Atypical Working Hours: Consequences for Childcare Arrangements", in T. Kröger & J. Sipilä (eds), *Overstretched. European Families Up Against the Demands of Work and Care*. Oxford & Malden, MA, Blackwell, 2005, p.9-33.

**LE ROUX J-M**, Liste des comptes du plan comptable des établissements sociaux et médico-sociaux publics - 4<sup>e</sup> édition, Editions ENSP, 2004.

LE ROUX J-M, Liste des comptes du plan comptable des établissements et services sociaux et médico-sociaux privés, Édition préparée par Jean-Marc Le Roux, Editions ENSP, 2004.

**LHUILIER J-M**, *Le droit des usagers dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux*, Editions ENSP, 2004.

LHUILIER J-M, *La responsabilité civile, administrative et pénale dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux*, Editions ENSP, 3<sup>e</sup> éd, 2004.

LHUILIER J-M, *Guide de l'aide sociale à l'enfance*, Editions Berger-Levrault, 7<sup>e</sup> éd, 2004.

**LONCLE P.**, L'action publique malgré les jeunes, Paris, L'Harmattan, collection Logiques politiques, 2003, 337 p.

LONCLE P., « *State policy and youth unemployment in the European Union, convergence versus national specificities* », with W. Mc Neish, in A. Walther and al. (eds), *Young people and contradictions of inclusion*, London, Policy Press, 2003, pp. 105-126. NB: Chapitre traduit et publié en japonais dans la revue japonaise du travail, 2003, n°131, pp. 29-52 et en espagnol dans la Revista de estudios de juventud, 2004, pp. 65-82.

LONCLE P « Quels gains symboliques les municipalités attendent-elles de la jeunesse ? », dans V. Viet et H. Palm (sous la direction de), *Les politiques sociales des communes en France et en Allemagne*, Paris, La Documentation française, 2004, pp. 72-84.

**LUCAS A.** et al., *Fichiers permanents des statuts des personnels médicaux et non médicaux*, classeurs avec mise à jour périodique, Ed. ENSP.

LUCAS A., DERENNE O., *Coordination de l'ouvrage collectif : Manuel de gestion des ressources humaines : Tome 1 « Le fonctionnaire hospitalier » ; Tome 2 : « Le développement des ressources humaines »* - Ed. ENSP, 2004-2005.

LUCAS A., *Le régime juridique applicable aux salariés en cas de reprise par une collectivité publique, de l'activité de l'entité économique les employant*. Mémoire de Master de Contentieux des personnes publiques. Université de Rennes I, juillet 2005.

**LUCAS B.**, BERNIER M-H, fiches des établissements sociaux et médico-sociaux, ENSP, (mis en ligne sur intranet en 2004).

LUCAS B., De la loi n°2002-2 à ses décrets et arrêtés in *La démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*, Editions WEKA, mai 2003, chapitre 10, pp 1-21.

**MARTIN C.**, *Que reste-t-il des classes sociales ?* (sous la direction de J-N. Chopart et C. Martin) Editions de l'ENSP, 2004, 298 pages.

MARTIN C., "The Rediscovery of Family Solidarity", in T. KNIJN & A. KOMTER (eds), *Solidarity between the Sexes and the Generations: Transformations in Europe*. London, Edwards Elgar Publishers, 2004, p. 3-17.

MARTIN C., Les politiques de l'enfance en Europe, in F. de Singly (dir), *Enfants, adultes : vers une égalité de statuts ?*, Universalis, « Le tour du sujet », 2004, pp. 171-182.

**ROUSSEL P.**, *La visite de conventionnement des EHPAD, Guide à l'usage des partenaires conventionnels*, Ed. ENSP, 2004.

ROUSSEL P., Contribution au manuel ANAES « Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé », janvier 2003, 109 pages.

**SCHWEYER F-X**, PENNEC S., CRESSON G., BOUCHAYER F.(dir), *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Editions ENSP, 2004, 304 p.

SCHWEYER F-X, Crises et mutations de la médecine hospitalière, in De KERVASDOUE J (dir.), *La crise des professions de santé*. Paris, Dunod, 2003.

SCHWEYER F-X, La construction territoriale de l'action publique et ses aléas : l'exemple français de la prestation dépendance, in MARTIN C. (dir), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?*, P.U.R., 2003, pp. 47-68.

### Publications dans revues sans comité de lecture et revues professionnelles

**DUMOND J. P.**, Les rapports de pouvoir à l'hôpital, revue *Sève*, n°1, 2004

DUMOND J. P., « Le vieillissement du personnel hospitalier conduit-il à une augmentation de l'absentéisme pour raisons de santé », 2004, *Gestions hospitalières*, 440, pp. 715-719.

**GRIMAUD O.**, Le recours à la documentation dans un projet de prévention, *Horizon Pluriel*, 2003, (N°3), pp. 4-5.

GRIMAUD Olivier, OCHOA A., IMBERT F., LEDESERT B., PITARD A., Les indicateurs de santé dans les régions d'Europe, *Actualités et Dossiers en Santé Publique*, 2003 (N°42), pp. 42-43

**JABOT F.**, « Un plan régional de santé publique pour organiser la cohérence : chantiers en cours ». *Horizons pluriels*, Bulletin de l'éducation pour la santé en Bretagne. n°9, mai-juin 2005.

JABOT F., « Un plan régional de santé publique pour organiser la cohérence : l'esprit de la loi ». *Horizons pluriels*, Bulletin de l'éducation pour la santé en Bretagne. n°8, février mars 2005.

JABOT F., BRECHAT P.H., AVARQUES M.C., DEMEULEMEESTER R « Forces et faiblesses des programmes nationaux de santé ». *Actualités et dossier en santé publique*, n° 50, mars 2005.

**JOURDAIN A.**, Quelques modèles explicatifs des rapports entre l'hôpital et l'assurance maladie . *Actualités et dossiers en santé publique*, n° 53-54 décembre 2005

**JOURDAIN A.**, **Le handicap : réflexions autour d'une notion sans définition**, *Direction CAFDES*, n°20

juillet 2003, pp. 12-13.

**Le BIHAN B.**, MARTIN C., « Vivre sous pression. L'inconciliable vie quotidienne », *Informations sociales*, n°122, 2005, p. 63-75.

**LHUILIER J-M**, Le contrat de séjour, *actualité et dossier en santé publique*, N° spécial consacré à la réforme des institutions sociales et médico-sociales, juin 2003, pp 55-57.

LHUILIER J-M, Responsabilité et pouvoir, chronique de jurisprudence, *Directions*, nov. 2003, n°2, p. 16

LHUILIER J-M, La maltraitance des personnes handicapées, *Revue ENSP*, 2003.

**LONCLE P.** avec CLAVIER C. et HASSENTEUFEL P. « L'affirmation de politiques sanitaires et sociales urbaines », *Pouvoirs locaux*, n°65, 2005, pp. 52-56.

LONCLE P., HASSENTEUFEL P. Territorialisation n'est pas décentralisation, *Pouvoirs locaux*, 2003, pp. 45-49.

MARTIN C., « De la parentalité à la condition parentale », *Revue de l'école des parents et des éducateurs*, 2005.

**MARTIN C.**, « La parentalité en question : perspectives sociologiques », in *Les rencontres-débats de PARI-Parentalité, Cahiers de Chaligny*. Publications de la Direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé et de la Direction des familles et de la petite enfance. Mairie de Paris, Décembre 2005, p. 133-140

**PEYRET P.**, Avantages et limites d'une tarification à l'activité, *Entreprise Santé*, n° 49, janvier/février 2004, p. 14-19.

PEYRET P., La tarification à l'activité : outils d'efficience ou rentabilité à tout prix ?, *Union Sociale*, n° 177, mai 2004, p. 30-31.

**ROUSSEL P.**, Des principes d'action pour une démarche d'amélioration de la qualité en EHPAD, *La Revue de l'infirmière*, n° 88, février 2003, pp. 25 à 31.

ROUSSEL P., La démarche qualité dans les organisations de santé, *La Lettre de l'ENSP*, n° 64, juin-septembre 2003, 3p.

ROUSSEL P., Mettre en œuvre un système de gestion des risques, *La lettre d'information de l'Union hospitalière du Nord-ouest*, n° 19, mai 2004.

**SCHWEYER F-X**, « Le musée hospitalier, une porte vers l'avenir ? », *Beaux-Arts magazine*, hors série, 2005.

SCHWEYER F-X, « L'hôpital sous tension », *Sciences Humaines*, hors série n° 48 La santé un enjeu de société, mars-avril, 2005, 60-63.

SCHWEYER F-X, LEVASSEUR G., Les demandes des patients jugées non fondées par les médecins, *La revue du praticien*, 2003, tome 17, n°603, pp 246-250.

## Rapports de recherche et d'étude

DEGUEN S., GARAT P., MOUMOUNI K., **Modélisation du transfert des polluants azotés sur différents bassins des Côtes d'Armor, rapport CG22 DDASS22, 2002, 51p**

**DUMOND J. P.** Les professionnels face aux restructurations, Les restructurations hospitalières, Rapport de recherche MIRE, Juin 2003

**JABOT F.**, *Rapport d'évaluation du PRAPS en Nord Pas-de-Calais*, Comité régional des politiques de santé, septembre 2003, 126 p.

JABOT F., *Rapport d'évaluation du programme régional de santé "santé des enfants et des jeunes en Nord Pas-de-Calais*, Comité régional des politiques de santé, juin 2003, 138 p.

JOURDAIN A., FRINAULT T., GARDIN G., CLEMENT J., FOLLEZ M., DUMOND J-P., **Enquête sociologique sur le SROS II en Bretagne, Rapport d'étude pour l'Agence régionale de Bretagne, juillet 2004.**

**JOURDAIN A., BRECHAT P-H, COTARD B, Recensement d'actions exemplaires de promotion de la santé par les activités physiques et sportives et de prévention des conduites dopantes, Guide des bonnes pratiques et Rapport final, Contrat d'étude du Ministère mars 2003.**

JOURDAIN A., GOURMELON N., MUNOZ J., *Étude de faisabilité d'un schéma départemental de santé publique*, Rapport d'étude LAPSS, UBO, 2003, 50 p. + annexes.

**LONCLE P.**, *Rapports d'évaluation du Programme régional de santé « Santé des enfants et des jeunes » et du Programme régional d'accès aux soins en Nord Pas-de-Calais*, 2003, 60 p. et 65 p.

LONCLE P., ALVESTEGUI G., ESTEBE P., FRINAULT T., PETITJEAN F., ROUYER A., *Styles locaux d'action publique et participation des usagers, les jeunes et les personnes âgées à Rennes, Metz et Toulouse*, rapport final pour la Mire/Drees, septembre 2003, 235 p.

**MARTIN C,** LE BIHAN B., Horaires atypiques et prise en charge de la petite enfance. Analyse de quatre sites expérimentaux. Rapport de recherche pour la Direction des statistiques, des études et de la recherche de la CNAF. LAPSS-ENSP. *Dossier d'études de la CNAF*. 2004 (avec A. CAMPEON et G. GARDIN), 91 p.

**ORVAIN J.** Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles : Base méthodologique pour leur réalisation en France, Avril 2004 ANAES.

**SCHWEYER F-X,** LEVASSEUR G., CAMPÉON A., *Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne*, Rapport de recherche pour l'Université Rennes 1, l'URCAM, l'URML de Bretagne, juin 2004, 104 p.

SCHWEYER F-X, GARDIN G., *Etude compréhensive du dispositif de congé formation professionnelle*, Rapport remis à l'ANFH, septembre 2003, 99 p.

SCHWEYER F-X, METZGER J-L, *Les ingénieurs biomédicaux hospitaliers. La gestion négociée des techniques et des modes d'intervention dans le champ hospitalier*, Rapport MiRe, novembre 2003, 291

## **Annexe 4 : Les partenaires universitaires de l'ENSP aujourd'hui, de l'EHESP demain**

- « Ingénierie des interventions sociales et de santé », Université de Bretagne Sud, Lorient,
- « Économie Internationale et Stratégies des Acteurs - Entreprises, États, Organisations internationales", spécialité "management des politiques sociales - Exclusion, Enfance et famille, Santé, Vieillesse et gérontologie » Université Pierre Mendès France Grenoble,
- « Santé Publique » (Sciences de la vie), Université Paris 7,
- « Démographie appliquée, spécialité santé » Université Versailles Saint Quentin,
- « Education et promotion de la santé en milieu scolaire » Université Blaise Pascal, Clermont-Ferrand,
- « Management santé-social », UFR de médecine et des techniques médicales, Université de Nantes
  
- Au niveau européen :
  - L'Association of Schools of Public Health in the European Region" (ASPHER), de "l'European Health Management Association" (EHMA)
  - Le réseau d'instituts de formation en management des organisations sanitaires et sociales (EURODIR)
  - Le réseau européen de professionnels : directeurs et gestionnaires des établissements sanitaires : Standing Committee of the Hospitals for Europe (HOPE)
  - L'European consortium of political research
  - L'European social policy association
  - L'European sociological association
  
- Des coopérations au niveau de l'enseignement et de la recherche existent avec des universités :
  - The London school of Hygiene and tropical Medicine
  - The London School of Economics and Political Science (LSE), Keele University,
  - L'École nationale d'administration publique de Québec (ENAP), Université de Montréal ...

L'ENSP coordonne un consortium international de formation avec cinq autres établissements : l'université de Rennes 1, l'École de santé publique de Copenhague, l'École andalouse de santé publique de Grenade, l'Institut de santé publique de Cracovie et le département de santé publique de l'Université de Sheffield. 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.

### **Des partenariats de recherche**

Ces partenariats sont largement engagés avec l'Université de Rennes 1, le CNRS, l'IREIMAR (Institut de recherche européen sur les institutions et les marchés, FR7) et l'IEP de Rennes. L'IREIMAR regroupe les unités mixtes de recherche du CNRS du campus centre en économie, gestion, droit et science politique (à savoir le CREM – Centre de recherche en économie et management), le CRAPE (centre de recherche sur l'action politique en Europe) et l'IODE (Institut de l'Ouest, droit et Europe).

Des partenariats existent et des conventions sont en cours d'élaboration avec d'autres équipes et écoles doctorales qui travaillent sur le même secteur et avec lesquels des collaborations ont été ou sont en cours de mise en place :

- département d'économie et gestion de l'Université de Paris 9 Dauphine et, pour la recherche, LEGOS dont le champ de recherche est précisément l'économie et la gestion appliquée aux domaines des politiques sociales et de santé.
- CERSO avec le développement en partenariat de la recherche en sociologie de la santé.
- Ecole doctorale et département de démographie de l'Université de Paris 10 – Nanterre, ainsi que Centre de recherche population et sociétés (CERPOS) de cette même université.
- Université Paris 12..

C'est dans cette perspective d'ouverture et de structuration en réseau que la recherche dans ce domaine pourra être développée, parallèlement aux formations de Master et de Doctorat.

D'autres partenariats sont liés au fait que certains chercheurs du LAPSS sont associés à des laboratoires mono-disciplinaires, notamment :

- le Centre lillois d'analyse et de recherche sur l'évolution de l'entreprise (CLAREE) de l'Université Lille 1,
- l'Institut de recherche en gestion (IRG) de Paris XII,
- le laboratoire "Processus d'action des enseignants, déterminants et impacts" de l'université de Clermont-Ferrand,
- le Centre de recherche sur le Pilotage économique et social des organisations (PESOR) de Paris XI,
- laboratoire Printemps de l'Université Versailles – Saint-Quentin-en-Yvelines,
- le Centre de recherche en Sciences de l'information et de la Communication (CERSIC) de Rennes 2.

Des coopérations existent avec l'équipe hospitalo-universitaire en santé publique de Nantes, dirigée par P.Lombrail et avec des filières doctorales en santé publique de l'université de Versailles St-Quentin.

Enfin, des liens existent avec la London School of Economics au travers de contrats de recherche et via l'Observatoire européen de l'OMS. Ces liens peuvent s'intensifier au travers des échanges d'enseignants chercheurs et d'étudiants engagés dans des MASTERS recherche.