



Public Health  
Agency of Canada

Agence de santé  
publique du Canada

# INNOVATIONS DANS L'ENSEIGNEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE

---

ÉTUDE RÉALISÉE PAR LE  
NEVIS CONSULTING GROUP

POUR LE

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

PUBLIQUE

DU RÉSEAU DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

ET

L'AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

DERNIÈRE REVISION

NOVEMBRE 2006

## TABLE DES MATIERES

Chapitre I : Introduction	3
Chapitre II : Un niveau d'innovation élevé	6
2.1 Planification des programmes d'études	6
2.2 Structure des programmes	11
2.4 Prestation du programme d'études	27
2.5 Coopération inter-universitaire	34
Chapitre III : La mise en oeuvre des initiatives	40
3.1 Les compétences	40
3.2 Accréditation et enregistrement	44
3.3 Les grandes écoles de santé publique	48
3.4 Composante gouvernementale	51
3.5 Comblent l'écart de la demande en main d'oeuvre	55
Chapitre IV : Innovations à privilégier	58
Annexes	66
Annexe A : Individus interviewés dans le cadre de l'étude	67
Annexe B : Universités et grandes écoles de santé publique accréditées par le CEPH et membres associés	70

# Chapitre I : Introduction

Il n'y a pas si longtemps, cela nous serait apparu à tout le moins incongru que l'innovation serait appelée à devenir un facteur non négligeable dans l'enseignement des disciplines en matière de santé publique dans les grandes écoles et les universités du monde entier. D'autant plus que si l'on avait pu décoder le regard des étudiants attentifs à l'enseignement qui leur était administré, et ce en se plaçant dans la perspective du tableau noir sur lequel leurs yeux étaient rivés, il aurait certes été difficile de s'imaginer comment ce processus pouvait un tant soit peu être amélioré. Il nous fait donc d'autant plaisir de pouvoir rapporter que la recherche réalisée dans le cadre de la présente étude aura permis de découvrir des transformations fondamentales qui sont présentement en cours dans la manière d'enseigner les programmes d'études en santé publique tant au premier qu'au deuxième cycle universitaire. Nous avons également pu repérer des programmes en santé publique ayant fait leurs preuves et encore présentés avec un succès qui ne se dément pas, résistant vaillamment à l'appel de l'innovation pour le simple souci d'innover.

Les innovations dans l'enseignement de la santé publique – tout comme c'est le cas pour la pratique de la santé publique – sont souvent la conséquence d'événements extérieurs. L'on pourrait penser que, pour autant que la demande en compétences dans le domaine de la santé publique ou pour des professionnels en première ligne demeure stable, il n'y aurait pas lieu de se soucier de la formation reçue par les étudiants dans les universités et grandes écoles enseignant la santé publique en Europe, en Amérique du Nord ou en Australie. Après tout, la conception et l'implantation de nouveaux types de diplômes, de méthodes d'enseignement novatrices ou des méthodes ou des façons de livrer la matière à étudier accaparent du temps et des ressources qu'il vaudrait bien mieux consacrer à la recherche. Et la recherche de pointe attire inévitablement des bailleurs de fonds généreux, tant des officines gouvernementales que du secteur industriel. Elle ajoute au prestige de l'institution qui s'y adonne et a aussi tendance à attirer des chercheurs de haut niveau. De surcroît, il s'agit d'un penchant naturel auquel s'adonnent les professeurs de premier plan. L'enseignement, même d'un niveau exceptionnel, semble rarement contribuer à la trajectoire et à l'impulsion d'une institution universitaire au même niveau que ne le ferait un programme de recherche bien pourvu en financement. Mais les temps changent, et les nouvelles cohortes d'étudiants sont aujourd'hui constitués de plus en plus de praticiens du domaine de la santé publique cherchant à acquérir des compétences en lien avec leur emploi et qui n'ont que très peu de temps à consacrer à la réalisation de projets de recherche traditionnels pouvant leur permettre d'accéder à des diplômes supérieurs.

Par ailleurs, les événements du 11 septembre et le risque de bioterrorisme, en sus de la possibilité de flambées de maladies transmissibles sont autant de facteurs ayant incité les gouvernements à rehausser substantiellement le financement d'initiatives visant à augmenter l'état de préparation des agences de santé publique en vue de faire face à ces menaces. Des universités aux États-Unis et ailleurs au monde ont reçu des subsides particulièrement importants pour les aider à produire un plus grand nombre de diplômés compétents et dûment outillés pour relever les défis que le terrorisme représente dorénavant. Certaines institutions de haut savoir ont affecté une part importante de ces sommes directement à la « guerre contre la terreur », bien que d'autres aient plutôt osé avancer que la meilleure défense d'envergure nationale contre le bioterrorisme réside dans l'existence d'un système de santé publique pleinement fonctionnel et doté de ressources professionnelles rigoureusement formées. Il est donc confortant de savoir qu'au moins une partie des budgets consacrés à la guerre contre la terreur ait pu se frayer un chemin dans l'enseignement de la santé publique dans son ensemble et ait donc pu servir à stimuler une large part des initiatives novatrices que l'on observe présentement à ce niveau.

D'autres facteurs sont également à l'oeuvre. Bien que les gouvernements n'aient qu'une connaissance parcellaire du nombre d'individus composant l'effectif des systèmes de santé publique<sup>1</sup>, l'on observe d'ores et déjà des tendances lourdes et inquiétantes au plan de l'effectif dans ce secteur. Certaines données glanées récemment aux États-Unis viennent illustrer cette problématique <sup>2</sup> :

Au CDC, il y a 11 microbiologistes âgés de plus de 40 ans pour chaque biologiste âgé de moins de 40 ans – et cette statistique traduit la situation prévalant dans l'ensemble des agences de santé publique des différents États à cet égard.

À l'heure actuelle, seulement 20 % des quelque 7 000 diplômés qui sortent chaque année des grandes écoles de santé publique aux États-Unis vont travailler dans le secteur de la santé publique pour le compte du gouvernement (en partie en raison des salaires trop faibles, mais aussi parce que le travail peut y devenir des plus ennuyants et abrutissants en raison d'une bureaucratie tatillonne et des délais au niveau du processus décisionnel politique).

L'âge moyen des infirmières et infirmiers oeuvrant dans le domaine de la santé publique – le groupe constituant le plus gros de l'effectif des professionnels travaillant dans ce secteur – est de 49,5 ans.

Selon les données de la National Association of State Personnel Executives, les administrations publiques des États risquent de perdre plus de 30 % de leur main d'oeuvre travaillant dans le secteur de la santé d'ici 2006, en raison de la retraite d'un nombre important de ces professionnels. Dans certains secteurs du réseau, ces taux atteignent 46 %.

En dépit de l'absence de données fiables au Canada à cet égard, certains relevés suggèrent qu'environ 10 % des médecins hygiénistes auront pris leur retraite d'ici les 5 prochaines années, alors que ce serait 30 % d'entre eux qui auront pris leur retraite sur un horizon de 5 à 10 ans seulement. Selon un sondage récent, l'âge moyen des médecins hygiénistes serait de 49 ans.

Ces chiffres ne font que mettre en relief encore davantage le besoin criant et réel de former un nombre beaucoup plus imposant de praticiens en santé publique que par le passé. Par conséquent, il importe que l'affectation accrue des fonds publics dans le domaine de la santé publique se traduise par un accroissement des sommes consacrées à l'éducation en matière de santé publique, et s'inspire des innovations ingénieuses introduites par certaines universités et grandes écoles, afin que le système de santé publique puisse récolter des cohortes d'individus bien formés et aptes à relever les défis qui les attendent.

La présente étude se penche notamment sur les diverses innovations dans l'enseignement de la santé publique qui ont vu le jour à divers niveaux au sein des universités et des collèges au Canada, au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Australie, puisque ces activités ne semblent pas avoir fait l'objet de quelque délibération, encore moins de quelque dissémination. Une attention particulière est apportée à l'enseignement du programme de maîtrise en santé publique (MSP) et d'autres programmes d'études similaires de troisième cycle dans ce domaine, car il s'agit de l'attestation de diplomation la plus importante offerte en matière de santé publique dans les quatre pays ciblés par la présente étude.

Les entrevues réalisées avec des sommités dans le domaine permettent de dégager les grandes tendances en la matière, alors que l'examen des méthodes employées par les universités pour établir le

<sup>1</sup> The Nevis Report, février 2004.

<sup>2</sup> Selon les données figurant au *Workforce Policy Fact Sheet* préparé en marge du projet de loi intitulé *Public Health Preparedness Workforce Development Act of 2005*. Association of State and Territorial Health Officials - mars 2005

contenu de leurs programmes d'études en santé publique complète la démarche, en cherchant notamment à savoir si les contenus sont décidés en fonction d'intérêts internes, de facteurs externes, ou d'une combinaison des deux. L'étude porte également sur les méthodes de prestation et de présentation des programmes au niveau de la MSP, relevant les innovations au plan des diplômes conjoints, des méthodes de formation à distance, des diplômes à double concentration, etc. Nous découvrons aussi ce que des titulaires de MSP ont fait comme cheminement professionnel une fois leur diplôme en poche.

L'on passe brièvement en revue les programmes universitaires de premier cycle en santé publique, ceux-ci se révélant un apport important à l'éducation en matière de santé publique dispensée tant ici au Canada qu'aux États-Unis. Les programmes d'études doctorales en santé publique (DrSP) sont également passés sommairement en revue, essentiellement afin de savoir s'ils sont davantage axés vers la recherche ou si les universités offrent dorénavant des programmes d'études doctorales de type PhD qui sont davantage novateurs, s'adressant plutôt aux praticiens expérimentés en matière de santé publique et conçus de manière à les aider à relever les défis auxquels les administrations sont confrontées dans ce monde des plus incertains.

L'étude ébauche également le rôle et l'identité des futures grandes écoles ou facultés de santé publique au Canada, examinant l'opportunité de proposer l'enseignement de la santé publique suivant une structure indépendante, en comparant un tel scénario aux avantages et aux inconvénients de l'établissement d'un département de santé publique au sein d'une faculté de médecine. L'on étudie aussi ce qui se fait du côté des départements ou facultés de nursing ou de soins infirmiers, pour y déceler les innovations ayant pu s'y implanter dans les programmes d'études universitaires de premier cycle en nursing ou en soins infirmiers.

L'étude met ensuite en perspective le niveau de convergence entre le milieu universitaire et le personnel assurant en première ligne les services de santé publique et les administrations veillant à mettre au point les éléments des compétences requises afin d'assurer la prestation efficace des services de santé publique.

Le document conclut sur un énoncé des innovations ingénieuses relevées dans le cadre de l'étude et qu'il convient de privilégier, afin de signaler la gamme des initiatives ayant déjà été mises en oeuvre au Canada ou qui pourraient s'avérer des outils précieux aux fins de l'enseignement de la santé publique au pays à l'avenir.

La présente étude ne prétend aucunement dresser un répertoire exhaustif de toutes les initiatives en éducation en matière de santé publique déjà en voie de réalisation ou dont l'avènement est prévu ultérieurement dans les pays visés par l'étude. L'étude porte plutôt sur un échantillonnage des diverses universités, grandes écoles ou facultés de santé publique dans chacun des pays visés, afin de dresser un portrait représentatif des principales tendances et des défis à relever dans ce domaine. En outre, il convient également de noter que la question de l'innovation en éducation dans le cadre de cours de perfectionnement ou de formation professionnelle continue ne faisait aucunement l'objet du mandat de la présente étude.

## Chapitre II : Un niveau d'innovation élevé

Dans le cadre de cette étude, nous avons réalisé des entrevues avec des responsables de plusieurs universités, tant au Canada, qu'aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie. Plusieurs d'entre eux sont présentement en train de mettre sur pied des nouveaux programmes d'études de premier cycle en santé publique qui se démarqueront sans doute du cadre habituel des programmes enseignés présentement au sein des facultés et départements de leur institution. Cependant, le présent chapitre se consacrera à faire ressortir les innovations dans l'enseignement de la santé publique qui sont soit uniques en leur genre, sinon en sont à leurs balbutiements dans le pays ou la région dont il est question. L'on abordera notamment les facteurs de changement et d'innovation relevés dans le contexte de cette évolution. Le diplôme de MSP est souvent cité à titre d'exemple au fil du présent chapitre, bien que cela n'a pas pour objet d'exclure d'autres programmes d'études de troisième cycle au même effet, dont celui de la maîtrise en sciences en santé publique, de la maîtrise en sciences en santé, et d'autres programmes similaires.

### 2.1 PLANIFICATION DES PROGRAMMES D'ÉTUDES

« Pour l'instant, nous avons mis quelques lignes à l'eau pour tenter de débusquer des sources de financement afin de réellement cerner les besoins en programmes d'études au niveau de la maîtrise en matière de santé publique et déterminer les débouchés avec un certain degré de précision. »

*Propos d'un représentant d'une université canadienne interviewé dans le cadre de l'étude*

Le contenu des programmes menant à un diplôme d'études supérieures (de deuxième et troisième cycles) en santé publique a généralement été l'apanage du corps professoral des universités, selon leur opinion des connaissances qu'un praticien ou chercheur bien instruit devrait acquérir dans ce domaine et aussi en fonction des forces de l'enseignement dispensé par le département ou la faculté en cause. Le processus est habituellement encadré par un comité des études chargé de s'assurer du respect des normes régissant tant la matière enseignée que l'enseignement comme tel, et est souvent complété par une évaluation des diplômés par leur employeur respectif. Les entrevues réalisées dans le cadre de cette étude confirment qu'il en est effectivement ainsi, en plus de laisser entrevoir quelques autres facteurs dont il convient également de prendre en compte afin de stimuler ce processus et y faire encore une place encore plus grande à l'innovation. La conjoncture actuelle est d'ailleurs particulièrement propice à l'examen des moyens mis en oeuvre dans les universités au Canada afin de relever les défis précités, alors que la plupart de ces institutions offrant déjà un programme d'études supérieures en santé publique sont en voie de formuler, voire de mettre en place, un programme d'études menant au MSP dès septembre 2005 ou 2006. Et certaines institutions ont des projets encore plus ambitieux à cet égard.

**1. LE POUVOIR ÉTUDIANT :** Les exigences des étudiants ont certes une influence non négligeable. De nos jours, il y a moins de candidats du secteur de la santé publique souhaitant suivre un programme classique d'études supérieures axées sur la recherche, à moins qu'ils ne se préparent à une carrière en enseignement. Ils cherchent plutôt à acquérir des connaissances et des compétences qui sont en grande demande dans la pratique en santé publique. À tout événement, la recherche peut accaparer trop de leur temps, alors que plusieurs étudiants continuent à travailler dans le réseau de la santé publique tout en poursuivant leurs études à la maîtrise.

Depuis au moins les vingt dernières années, les grandes écoles de santé publique aux États-Unis ont fonctionné essentiellement en mode recherche, bien que la pratique en santé publique exige plutôt le développement d'outils concrets pour exécuter les tâches à accomplir au quotidien, en particulier en ce qui concerne la gestion et l'évaluation des risques. Aux États-Unis, les grandes écoles de santé publique les plus réputées, notamment celle de Harvard, de Yale et de Johns Hopkins, admettent volontiers que leur enseignement n'est pas axé sur la pratique – et la grande partie de leur prestige est essentiellement attribuable à leurs programmes de recherche ainsi qu'aux fonds que ces activités leur rapportent. Johns Hopkins voudrait demeurer la tête d'affiche des grandes écoles de santé publique aux États-Unis, mais elle doit aujourd'hui composer avec un nouveau type de clientèle étudiante, un praticien en santé publique en mi-parcours de carrière et dont les besoins s'inscrivent plutôt dans un programme offrant des cours présentant des études de cas ou la résolution de problèmes types, au lieu de cours théoriques ou de cours didactiques traditionnels avec des manuels. Il y a très peu de médecins qui s'inscrivent à ces programmes, alors qu'ils souhaitent plutôt acquérir des compétences et des outils plus pointus, notamment en biostatistique et en surveillance épidémiologique, bref des connaissances répondant de manière plus immédiate aux besoins qu'ils ont dans leur pratique en santé publique au jour le jour. Comme nous le verrons, ceci a amené des grandes écoles, des facultés et des universités à proposer divers programmes d'études novateurs ainsi que des modes d'enseignement plus souples, afin d'accommoder les besoins et les préférences manifestées par les cohortes d'étudiants moins enclins à la recherche.

**2. LES INFLUENCES EXTERNES :** La lutte au terrorisme et la menace de pandémies sont des facteurs qui accélèrent la tendance déjà observée à l'effet d'affecter une part grandissante des fonds consentis par les agences fédérales américaines et des divers états à la mise en place de cours en santé publique appliquée. En outre, les critères d'accréditation établis par le *Council on Education for Public Health* (CEPH) incitent les grandes écoles et les autres institutions à prendre le virage de l'innovation en les obligeant, de fait, à adopter une orientation davantage axée sur la pratique.

L'établissement des **compétences de base** à acquérir par les diplômés des programmes d'études en santé publique dans un pays donné ainsi que l'élaboration des ensembles de compétences à acquérir afin d'obtenir un diplôme particulier auront certainement une incidence sur le contenu des programmes. Il en va de même en ce qui concerne les organismes d'accréditation ou d'enregistrement des professionnels titulaires d'accréditations particulières. Certaines universités, dont l'université La Trobe, en Australie, ont émis des réserves au sujet des compétences devant être développées selon le programme d'études qu'elles offrent présentement, tandis que d'autres, dont l'université Johns Hopkins, semblent satisfaites des compétences visées par les programmes établis aux États-Unis, l'université précitée estimant, rectitude oblige, que les fonctions essentielles à la pratique en santé publique « sont pertinentes et sont d'importantes balises servant à orienter les responsables de la conception des nouveaux programmes de formation en santé publique. » D'autres universités américaines avouent qu'il est difficile pour elles de mesurer si leurs diplômés sont véritablement à la hauteur des normes dans ce domaine, alors que d'autres s'enquière auprès des responsables de la santé publique de leur milieu ce dont ils ont besoin comme expertise. À tout événement, il appert que les compétences ciblées couvrent un éventail assez large d'aptitudes à acquérir, et peuvent aisément être acquises lorsque les contenus des programmes sont au rendez-vous. Partant, cette souplesse constitue en principe un terreau propice à l'innovation et a résulté en une acceptation quasi-généralisée, par les universités et les employeurs, au moins des compétences de base préconisées en matière de santé publique. L'incidence des normes précitées fait plus précisément l'objet de la section **COMPÉTENCES** présentée ci-après.

**3. LA CONCURRENCE :** Le milieu des études supérieures en santé publique devient de plus en plus concurrentiel, notamment parmi les universités. Ainsi, les universités qui envisagent de présenter un

programme d'études menant à une MSP ou à un diplôme similaire examinent de près ce que font les institutions rivales, tant au pays qu'à l'étranger. Les facultés les plus ingénieuses discutent des matières à insérer au curriculum avec les employeurs et cherchent à connaître leurs attentes et leurs besoins. Il appert que les anciens diplômés de ces institutions s'avèrent une importante source de conseils et d'informations à cet égard. Il en résulte des innovations motivées par la nécessité d'offrir un produit savamment structuré à des candidats et candidates de plus en plus informés et éclairés.

À titre d'exemple, signalons les efforts consentis par l'**Université de Waterloo** afin de mettre au point son programme de MSP, lequel doit accueillir une première cohorte d'étudiants en septembre 2005. Les responsables ont tout d'abord effectué un tour d'horizon afin d'observer ce qui se faisait du côté des autres universités, grandes écoles, facultés et collèges en ce qui a trait aux programmes de MSP, tant aux États-Unis qu'au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande, qu'au Canada. Ils ont relevé les forces et les faiblesses de leur programme actuel et ont comparé les éléments du programme d'études envisagé à ceux des programmes à la fine pointe offerts par les autres institutions. Ils ont aussi procédé au recensement des besoins auprès des responsables des administrations fédérales, provinciales, municipales et régionales, et ont aussi consulté des praticiens en santé publique. Il fut décidé dès le départ d'intégrer à leur programme d'études une concentration en sciences socio-béaviorales et en sciences de santé environnementale, deux disciplines de la santé publique dans lesquelles l'université de Waterloo est renommée, tant au plan de l'enseignement que de la recherche.

L'**université Simon Fraser** est aussi active à ce chapitre, s'attachant notamment les services d'un expert-conseil chargé de procéder à l'évaluation des besoins dans l'ensemble du pays, de recueillir des informations pertinentes auprès de répondants éclairés, et de mettre au point le créneau d'enseignement et de recherche le mieux adapté suivant cette analyse. Il appert que l'on a manifesté un intérêt marqué à l'égard d'un programme complètement révisé et adapté aux besoins actuels en matière de santé publique, aussi bien qu'aux compétences qui seront requises à l'avenir des praticiens en santé publique exerçant tant dans des fonctions administratives qu'en première ligne. L'étude des besoins a également permis d'évaluer la demande en formation continue en santé publique, cette demande pouvant être satisfaite par l'institution d'un programme de diplomation lié aux nouveaux diplômes de maîtrise décernés par la nouvelle faculté des Sciences de la santé de l'université Simon Fraser.

L'**université de Toronto** a concentré ses recherches sur les universités et grandes écoles (essentiellement en Amérique du Nord) afin de l'inspirer dans l'élaboration de son syllabus, en plus d'obtenir conseil auprès de l'Association des épidémiologistes en santé publique de l'Ontario (l'AESPO). L'université a également pu compter sur l'apport et l'expertise reconnue des quelque 250 membres du corps professoral et autres professionnels en santé publique au sein de l'université, dans diverses disciplines mais particulièrement en statistique, épidémiologie, méthodologie de recherche et la santé publique fondée sur des preuves. Les responsables du programme ont également fait appel aux conseils d'anciens diplômés de leur institution travaillant à Santé Canada, à l'ASPC et dans les ministères de la Santé ailleurs au pays, en plus des services de santé publique ayant accueilli pour leur stage des étudiants de l'université de Toronto.

L'**université Lakehead** a passé en revue les programmes de MSP en Amérique du Nord et ont organisé leur programme d'études menant à la MSP en le modelant suivant les fruits de leurs recherches. Il appert que l'université n'a pas eu de discussions formelles avec des organismes fédéraux, provinciaux ou municipaux, ni avec des praticiens en santé publique, du moins pas jusqu'à maintenant, au sujet du programme, du contenu des cours ou du financement de cette initiative. En principe, les fonds proviennent essentiellement des frais de scolarité versés par les étudiants, avec une certaine participation provenant du fonds général de l'université.

**4. FORCES PARTICULIÈRES : L'Université de la Saskatchewan** peut se targuer d'accueillir en son sein, à Saskatoon, à la fois le Centre canadien sur la santé et la sécurité en agriculture et le Western College of Veterinary Medicine (environ 250 étudiants), lesquels entretiennent des liens étroits avec l'université. L'université accueille également les bureaux de la VIDO, un organisme constitué en 1975 afin de mettre au point des vaccins pour assurer la protection des cheptels contre les maladies graves aux répercussions économiques catastrophiques. La VIDO compte quelque 125 employés et est dotée d'installations à la fine pointe, notamment des laboratoires de virologie, d'immunologie, de bactériologie et de biochimie, en plus d'une station de recherche de 160 acres. La VIDO est dotée d'un budget de l'ordre de 10 millions de dollars, les fonds provenant des gouvernements fédéral et provinciaux. Ces trois organismes participent avec l'université à la présentation de programmes d'études spécialisées, dont la MSP en sciences vétérinaires présentement en voie d'élaboration.

**L'University of Hawaii** est offre l'accès à des études supérieures tant aux insulaires des environs qu'à ceux de l'ensemble de la région du Pacifique. Au cours des dernières années, les innovations dans ses programmes d'études en santé publique ont été introduites en réponse à des impératifs en matière de santé publique émanant de partout dans la région de l'Asie-Pacifique, présentant des problématiques assez différentes de celles présentes dans la région de Saskatoon. Le programme de MSP en épidémiologie propose des contenus fortement axés sur le traitement des maladies infectieuses (la dengue, la malaria, etc.), alors que son programme de MSP en sciences du comportement est axé sur l'étude des maladies chroniques que l'on retrouve surtout dans cette région du globe, soit l'obésité, le tabagisme (le cancer du poumon) et la protection contre l'exposition au soleil (le cancer de la peau). Environ 50 % des étudiants sont effectivement hawaïens, dont plusieurs ont obtenu leur bac sur le continent et sont revenus aux îles afin d'y terminer leurs études et servir leurs congénères. L'université s'intéresse particulièrement aux étudiants de la région Asie-Pacifique, plusieurs d'entre eux fréquentant l'université grâce à une bourse fournie par la fondation Ford. <sup>3</sup>

À l'University of Hawaii, l'on enseigne aux étudiants en santé publique deux compétences essentielles : la pensée critique et les aptitudes au leadership<sup>4</sup>. De l'avis des responsables des programmes d'études, les diplômés qui maîtrisent ces deux compétences auront en mains les outils qu'il leur faudra pour composer avec tout ce qui se présentera sur le chemin au cours de leur carrière.

**5. RÉTENTION DES DIPLÔMÉS EN MSP DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE :** Toutes les universités ont invariablement manifesté leur volonté de s'assurer que leurs étudiants entreprendre sinon continuer leur carrière dans le domaine de la santé publique dès l'obtention du diplôme, et plusieurs ont trouvé des façons novatrices pour arriver à cet objectif. Par exemple, **l'University of Hawaii** s'emploie notamment à débusquer et à ne pas accepter l'inscription des candidats souhaitant simplement y passer un séjour agréable ou y faire leur MSP en attendant qu'une place se libère dans une faculté de médecine sur le continent. En fait, environ 75 % de leurs diplômés de la MSP font carrière en santé publique; par conséquent, 25 % ne le font pas. Parmi ces derniers, certains poursuivent leurs études en médecine, alors que les autres s'orientent dans le domaine de la recherche, ou encore deviennent des planchistes professionnels, etc.

---

<sup>3</sup> Les étudiants issus des régions rurales ou de pays en voie de développement y reçoivent des cours intensifs d'anglais et obtiennent un MSP. Les diplômés sont tenus de retourner dans leur région ou pays d'origine pour y utiliser les compétences acquises pendant une période convenue.

<sup>4</sup> Deux caractéristiques essentielles pour un poste de gestionnaire, en plus de l'aptitude à déléguer et un bon sens de l'humour.

La cohorte des nouveaux étudiants inscrits au programme de MSP cette année (2004/05) à **Johns Hopkins** est de 230 étudiants, dont au moins 80 % assurent qu'ils iront en santé publique sous une forme de pratique ou une autre, mais seulement 8 % ont l'intention de pratiquer en santé publique au sens traditionnel de cette vocation. Bon nombre iront travailler au gouvernement fédéral américain, pour la FDA, le NIH et d'autres instituts d'enseignement ou de recherche – et d'autres oeuvreront au sein de grandes entreprises pharmaceutiques. La cohorte est composée à 20 % de médecins, et la plupart souhaitent faire carrière en santé publique, plusieurs estimant que la pratique en milieu clinique a beaucoup moins d'attraits qu'avant aux États-Unis. Environ 10 % choisiront une carrière en enseignement universitaire. Il convient de souligner qu'au moins 50 % des professionnels occupant des postes de direction en santé publique prendront leur retraite au cours des cinq à huit prochaines années, une autre incitation à demeurer dans le domaine de la santé publique après avoir décroché leur diplôme.

À l'**université de Toronto**, l'on estime que ces choix sont tributaires du marché. Cela dépendrait de quel institution est à la recherche de diplômés en santé publique à une époque donnée. Avant, ce rôle revenait souvent à Santé Canada, alors que maintenant les demandes semblent provenir davantage de l'ICIS. Environ les deux tiers des diplômés pratiqueront en santé publique, l'autre tiers allant plutôt dans le domaine de la recherche. **L'université Lakehead** signale un taux de rétention relativement plus élevé de ses diplômés dans le secteur de la santé publique, attribuant cela au fait que 30 % des étudiants inscrits à leur programme de MSP sont des infirmiers ou des infirmières, 80 % d'entre eux pratiquant déjà en santé publique. Les autres candidats à la MSP proviennent d'autres disciplines, dont 40 % du milieu de la santé.

En Australie, la non rétention dans le domaine de la santé publique des diplômés à la MSP ne semble pas représenter un problème particulier. En effet, la plupart des diplômés se dirigent vers des emplois en santé publique bénéficiant par ailleurs d'un fort soutien gouvernemental – et plusieurs étudiants occupaient déjà de tels postes avant de s'inscrire au programme. La **London School**<sup>5</sup> pose un constat similaire, estimant à au moins 90 % la proportion de ses diplômés qui embrassent une pratique en santé publique, soit au Royaume-Uni ou dans leur pays d'origine.

Aux États-Unis, en ce qui concerne les 48 états situés sur le continent comme tel, la majorité de la main d'oeuvre travaillant dans le domaine de la santé publique n'a bénéficié d'aucune formation particulière, alors qu'à chaque année seulement de 10 à 15 pour cent des quelque 4 000 diplômés en MSP sortant des facultés ou grandes écoles de santé publique vont effectivement travailler en santé publique. À l'université Portland State, l'on confirme que la plupart des candidats à leur programme de MSP sont des personnes en début de carrière, dont 60 à 70 pour cent sont des femmes. Tout au plus 15 % de leurs diplômés en MSP vont travailler en santé publique au sein de services gouvernementaux traditionnels. La plupart choisiront plutôt de travailler en cabinet de consultation, en soins gérés, pour le compte d'organismes à but non lucratif ou caritatifs, etc. Les observateurs sont d'avis qu'il existe un énorme potentiel aux États-Unis pour l'application de formules novatrices afin de combler l'écart entre la diplomation en MSP et la pratique dans le domaine de la santé publique dans ce pays.

---

<sup>5</sup> London School of Hygiene and Tropical Medicine

## 2.2 STRUCTURE DES PROGRAMMES

**1. DANS QUEL DÉLAI DOIT-ON IDÉALEMENT COMPLÉTER LE PROGRAMME D'ÉTUDES MENANT AU MSP ?** De la même façon que les programmes en MSP présentent des différences notables au plan des contenus<sup>6</sup>, la structure de chaque programme varie tellement que les apprentissages sont dispensés sur des périodes de temps qui varient sensiblement d'un programme à l'autre. Cette situation est essentiellement attribuable aux innovations dans ce domaine, alors que l'on offre une vaste gamme d'options afin de s'adapter à la disponibilité et aux besoins des étudiants dans ce domaine. Par exemple, le programme à temps complet en MSP de la London School<sup>7</sup> ne prend qu'une année, l'enseignement y étant essentiellement concentré en des matières de base en santé publique, notamment la statistique, l'épidémiologie, les notions économiques en soins de santé et la recherche sociale. L'on n'y aménage aucun cours en gestion de programmes, en gestion du temps ou dans d'autres matières généralement enseignées au MBA, bien que les modules en gestion des soins de santé y enseignent certaines notions générales en gestion. Le programme en MSP offert à Johns Hopkins se déroule sur cinq semestres, certains responsables à l'interne estimant qu'il est un peu court compte tenu de la somme des apprentissages à assimiler. Aux États-Unis en général, la norme est d'une année pour un programme en MSP à temps complet, bien qu'à certaines grandes écoles et facultés le programme à temps complet soit dispensé sur deux années.

Présentement, les programmes menant à un diplôme d'études supérieures mis au point dans le cadre de programmes d'apprentissage ou de formation à distance, ou spécialement conçus en fonction de professionnels qui s'y inscrivent mais ne pouvant y consacrer que les fins de semaine ou les soirées en semaine, proposent en principe les mêmes contenus que leur formule d'études à temps complet. Soit qu'ils couvrent la matière plus rapidement, avec un débit plus concentré des cours, sinon le processus est étalé sur plusieurs années et alors l'étudiant s'engage à compléter le programme avant une certaine date, habituellement dans les cinq ans.

Par exemple, à l'université de Birmingham, au Royaume-Uni, le programme en MSP a été conçu à l'origine comme étant un programme à temps partiel s'étalant sur deux ans. Il est aujourd'hui offert à temps complet ou à temps partiel, proposant notamment dans ce dernier cas la possibilité de le compléter sur cinq ans. Les étudiants peuvent également s'inscrire à des cours optionnels offerts dans le cadre d'autres programmes d'études présentés à cette université et offrant des modules qui les intéressent.

La Harvard School of Public Health (HSPH) a introduit une formule novatrice d'enseignement, proposant un diplôme en Management en santé publique spécialement organisée en fonction de professionnels oeuvrant à temps plein en santé publique et qui auraient souhaité avoir pu prendre le temps de compléter un MBA plus tôt dans leur carrière. La matière est répartie sur deux ans, offrant en alternance des séances en salle de cours et des projets conçus de manière à ce que les étudiants puissent les réaliser tout en accomplissant leur travail de retour dans leur région. Ils ont assisté à des cours formels au HSPH pendant trois semaines durant chacun des deux étés du programme, et le reste de l'année ils assistent à des cours pendant quatre jours durant cinq fins de semaine. L'on dit qu'il s'agit d'une expérience plutôt rude. La première cohorte était composée de 21 étudiants provenant des États-Unis et du Canada.

---

<sup>6</sup> Voir à cet effet la section 2.3 du présent document.

<sup>7</sup> La méthode de la dissertation fondée sur un projet de recherche, laquelle faisait jadis partie intégrante de ce programme d'études, a été abandonnée (une véritable innovation); elle a été remplacée par des recherches portant sur la littérature ou les documents affichés à l'internet.

Certaines universités canadiennes estiment qu'un MBA pour cadres supérieurs est convenable pour un cadre supérieur exerçant en première ligne dans le domaine de la santé publique, bien qu'un MPA (une maîtrise en administration publique) s'avère parfois une solution plus indiquée à l'intention des cadres supérieurs oeuvrant en santé publique au sein de la haute fonction publique fédérale ou provinciale. À l'université Waterloo, l'on partage l'opinion de plusieurs autres universités à l'effet qu'un programme en MSP devrait proposer une certaine formation en gestion à l'intention des cadres du réseau de la santé à quelque niveau de gestion que ce soit, puisque ce programme s'étale généralement sur 12 mois et explore plusieurs volets des rouages de la santé publique.

**2. DIPLÔMES AXÉS SUR LA RECHERCHE OU UNE THÈSE, OU SUR LA PRATIQUE OU L'EXERCICE D'UNE PROFESSION :** La recherche a encore tendance à constituer le nerf de la guerre au plan du financement, de la reconnaissance professionnelle ou institutionnelle et de l'avancement professionnel dans les départements d'épidémiologie ou de médecine communautaire ou autres départements de ce type au sein de plusieurs universités. Or, la transition de plus en plus observée des programmes d'études axés sur la recherche vers des programmes axés sur la pratique en santé publique exige la mise en place de solutions novatrices en termes de financement permettant de soulager le fardeau financier imposé aux étudiants choisissant cette voie – bien que dans certains pays le gouvernement défraie les coûts de pratique de ses étudiants inscrits à de tels programmes. L'on peut compenser en partie la perte de certains fonds de recherche grâce à des solutions novatrices de mise en marché des programmes menant à un diplôme en santé publique, notamment en mettant l'accent sur l'inscription d'étudiants internationaux soit à des cours in situ ou encore en mode formation à distance. L'université Curtin de Perth, en Australie, a appliqué cette formule avec un succès retentissant, affichant quelque 11 000 étudiants internationaux inscrits à ses divers programmes et y poursuivant leurs études soit sur place, soit via la formation à distance.

Les universités canadiennes ont commencé à s'embarquer dans la voie des programmes axés sur la pratique, comme c'est le cas notamment à l'université de l'Alberta où l'on a observé une évolution fulgurante, alors que les inscriptions à la formule axée sur la présentation d'une thèse étaient de l'ordre de 100 % il y a seulement quelques années et que la proportion des inscriptions au programme axée sur la pratique est aujourd'hui de l'ordre 50 %. L'université offre notamment les services d'une personne chargée du placement professionnel de ses finissants dans le secteur de la pratique en santé publique, le gouvernement de l'Alberta offrant une aide financière pour défrayer les frais de déplacement et d'hébergement des étudiants inscrits à ce programme. Le programme en MSP en voie de préparation à l'université de Waterloo se distingue également, en intégrant un stage de 12 semaines en milieu de travail professionnel, soit dans une ONG, à l'ASPC, à Santé Canada, à Services correctionnels Canada, ou à l'étranger, notamment à l'OPS (l'Organisation panaméricaine de la santé). Attentive aux besoins de ses étudiants, l'université permet à ceux et celles ayant déjà une expérience pratique de travail en santé publique de remplacer ce stage par la participation à un projet de recherche ou de choisir une autre activité professionnelle parmi une gamme intéressante.

D'autres universités, dont l'université de Toronto, offrent un nouveau programme d'études menant à l'obtention d'une maîtrise en sciences de la santé (MSS), proposant à la fois l'option recherche et celle de la pratique professionnelle. Cette solution traduit la demande que ces universités ont observé au niveau des besoins en diplômés possédant davantage de compétences axées sur la pratique tout en possédant des compétences solides en méthodologie et en documentation, mieux adaptées à la conjoncture actuelle en soins de santé davantage axée sur une approche fondée sur la preuve scientifique, plutôt que sur la recherche comme telle. L'option recherche est toujours proposée, afin de satisfaire les besoins des étudiants estimant qu'une formation traditionnelle, axée sur une thèse de recherche, leur permet davantage d'atteindre leurs objectifs professionnels.

La faculté des sciences de la santé de l'université Simon Fraser offre présentement, sinon sous peu, divers programmes d'études en santé publique axés sur la pratique, bien que l'université maintienne sa tradition reconnue en matière de recherche en santé publique. Cet aspect des apprentissages demeurera au coeur des préoccupations de la nouvelle faculté, notamment dans des domaines pointus : maladies infectieuses, toxicologie environnementale, santé mentale et toxicomanies. L'université demeure tout autant vouée à maintenir ses liens étroits avec les régies de santé publique oeuvrant à l'échelle locale. À preuve, la nouvelle faculté a innové en acceptant de verser la moitié des salaires de trois médecins hygiénistes régionaux qui seront associés à hauteur de 50 % de leur temps de travail au corps professoral de l'université.

Le programme en MSP en sciences du comportement de l'University of Hawaii propose uniquement une formation pratique, sans aucun volet de recherche. Tous les étudiants doivent faire un stage, que ce soit auprès du Hawaiian Department of Health ou d'une administration publique chargée de la santé publique dans un pays du sud-est asiatique; des étudiants ont effectué leur stage récemment au Vietnam et au Cambodge.

Au Royaume-Uni, dans le cadre de la réorganisation courante des activités du UK National Health Service au fil des ans, l'organisation des services en soins de santé a été fragmentée<sup>8</sup>. Ainsi, alors qu'il y a une trentaine d'années les universités du Royaume-Uni pouvaient assez facilement dénicher des médecins pratiquant en santé publique pour qu'ils consacrent du temps à aider les étudiants à mieux connaître cet aspect de la pratique médicale, cet exercice est beaucoup plus difficile à réaliser aujourd'hui. Depuis l'institution des Primary Care Trusts (PCT) à la grandeur du pays, il n'est pas inhabituel de ne retrouver qu'un seul professionnel de la santé publique exerçant à l'intérieur d'un PCT, et encore cette personne ne dispose pas généralement du temps qu'il faudrait consacrer à un étudiant de premier cycle (ou même de niveau post-universitaire) en médecine ou en santé publique afin que l'étudiant puisse acquérir de l'expérience en milieu de travail. Il arrive aussi, semble-t-il, que ces professionnels exerçant seuls les fonctions de leur service, soient eux même tout fraîchement diplômés.

En Australie, les grandes écoles de santé publique jouissent d'une large autonomie au sein des universités n'ayant pas de faculté de médecine. Elles sont généralement axées vers la pratique en santé publique et moins de médecins y enseignent. L'on y retrouve un plus grand nombre d'étudiants étrangers que dans les autres départements ou facultés. Les universités dotées d'une faculté de médecine offrent généralement un programme d'études en santé publique dans le cadre de leur département de santé de la population. Le corps professoral est souvent largement composé de médecins, et on y met généralement l'accent sur la recherche. Les cours didactiques sont principalement orientés en fonction des aspects cliniques de la pratique en santé publique.

Les programmes d'études menant à la MSP jouissent d'un financement généreux provenant des budgets du Public Health Education and Research Program (PHERP)<sup>9</sup>. Par le biais de ce programme, le gouvernement fédéral australien incite les institutions universitaires offrant un programme d'études en santé publique d'interagir avec les organismes de santé à l'échelle locale, ce qui favorise en outre l'innovation et une approche davantage à l'écoute de la clientèle.

**3. II DEMEURE IMPORTANT DE POURSUIVRE LA RECHERCHE APPLIQUÉE EN SANTÉ PUBLIQUE :** L'accent que l'on met sur la formation en vue de la pratique en santé publique ne signifie pas pour autant de négliger les besoins au niveau de la formation des chercheurs en santé

---

<sup>8</sup> Voir le rapport préparé par le Nevis Consulting Group et intitulé *Développement de la main d'oeuvre en santé publique* - février 2004, pp. 10 et seq.

<sup>9</sup> Présenté sous l'égide du Department of Health & Ageing.

publique. Il convient à juste titre de développer une capacité d'écoute en recherche – un cadre au sein duquel évoluent des professionnels de la santé publique et qui, bien qu'ils ne soient pas eux-mêmes des chercheurs au sens classique du terme, possèdent une connaissance suffisante des méthodes de recherche pour en évaluer les résultats et ensuite les intégrer à leur pratique. Ils pourraient en outre participer à des recherches dans le cadre de projets dirigés par un ou plusieurs chercheurs. Il existe par ailleurs un intérêt certain dans le développement d'une capacité à entreprendre des recherches appliquées en symbiose avec les besoins prioritaires du système de santé publique et dans la promotion de la transposition de ces initiatives dans le cadre des politiques, de la pratique et des programmes de santé publique.

Parmi ces initiatives, signalons le **Programme de formation transdisciplinaire de recherche en santé publique et de santé de la population** établi au Québec sous la direction du Dr Gilles Paradis et financé en partie par les IRSC. Ce programme vise à inciter les étudiants à poursuivre une carrière en recherche appliquée en santé publique, en favorisant une communauté d'intérêts entre les chercheurs intéressés à ce domaine et en offrant aux étudiants une formation en laboratoire dans un contexte de santé publique. Le programme vise également à peaufiner les aptitudes des futurs chercheurs à entreprendre des travaux de recherche en partenariat avec divers intervenants et à ouvrir les voies de communication permettant d'assurer un plus large partage des connaissances et des résultats des recherches avec les décideurs, notamment. Cinq universités, six Directions régionales de santé publique, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, l'Institut national de santé publique de Québec (INSPQ), et d'autres organismes participent également au projet à titre de partenaires. Le programme est également relié au Réseau de recherche en santé du Québec, lequel favorise la création d'alliances et de partenariats entre chercheurs s'intéressant à la santé des populations. Le réseau offre un service de mentorat dans le cadre des programmes de formation. Une attention particulière est apportée au choix des sujets de recherche par les étudiants au doctorat et les internes en études postdoctorales afin de s'assurer que leurs choix sont en lien avec les priorités en santé publique établies par les décideurs et les praticiens en santé publique. L'une des principales caractéristiques du programme réside dans l'exigence faite aux participants à l'effet qu'ils et elles soient physiquement présents dans le milieu de pratique choisi pendant une proportion pré-établie (pouvant varier de 70 à 80 % selon les projets) durant la réalisation des projets de recherche.

**4. INNOVATION STRUCTURELLE IMPORTANTE À LA LSHTM :** La London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM) offrait auparavant cinq programmes d'études différents menant à l'obtention de la maîtrise ès sciences en santé publique (MScSP), notamment en gestion des services de santé, en promotion de la santé, etc., alors qu'en moyenne 25 étudiants étaient inscrits à chaque programme. Chacun des programmes était réparti en modules, si bien qu'un étudiant admis à un programme mais refusé à celui convoité pouvait aisément s'inscrire aux divers modules, reconstituant de manière presque identique le programme dans lequel il avait été refusé. Ainsi, tout en suivant essentiellement les mêmes cours, l'étudiant obtient un diplôme ... différent ! Ce qui explique la décision de la LSHTM de fusionner ces cinq anciens programmes en **un seul programme à concentrations multiples** auquel sont inscrits, dès cette session de l'automne 2005, quelque 120 étudiants. La méthode employée pour la formation à distance menant à ce même diplôme fait essentiellement appel à la même formule d'enseignement en modules.

À noter que ce diplôme n'est pas l'équivalent d'une MSP, et le programme d'études correspondant n'a donc pas été axé en fonction de la pratique en santé publique, et on n'y propose d'ailleurs aucun lien avec la pratique locale en santé publique. Toutefois, la présentation d'un mémoire de recherche, laquelle faisait jadis partie intégrante de ce programme d'études, a été abandonnée (une véritable innovation); elle a été **remplacée par des recherches portant sur la littérature ou les documents affichés à l'internet**. Les étudiants peuvent encore s'inscrire au programme d'études en promotion de la santé, en santé environnementale ou en gestion des services de santé, par exemple, tous menant

à une MScSP dans ces concentrations, mais cela peut diminuer les occasions d'emploi. L'on s'attend en effet à ce que la plupart des étudiants optent pour le programme de base à concentrations multiples menant au diplôme de MScSP, afin de pouvoir plus rapidement postuler des emplois enrichissants en santé publique, et c'est d'ailleurs ce que la plupart d'entre eux ont fait.

### UN CAS D'INNOVATION UNIQUE À UNBC

La University of Northern British Columbia est une nouvelle institution universitaire, fondée il y a dix ans et établie sur un site bordé de champs et de forêts à Prince George, en Colombie-Britannique. Il s'agit de l'université la plus éloignée des grands centres au Canada, et sans doute la plus éloignée des grands centres n'importe où au monde. Elle est à huit heures et demie de route d'Edmonton et à neuf heures de route de Calgary. L'autosuffisance y est un mode de vie, car bien que des partenariats avec d'autres organismes ou institutions soient souhaitables, cela devient souvent difficile à concrétiser.

Aussi, contrairement à la plupart des autres universités, elle est responsable de l'enseignement supérieur sur un territoire d'une superficie supérieure au double de celle de la France, à l'égard d'une population de quelque 300 000 personnes dispersées à travers ce territoire. Plusieurs de ces personnes sont des Autochtones vivant dans des petites collectivités éloignées, alors que d'autres habitent des agglomérations de plus grande taille généralement organisées dans le giron d'un ou deux employeurs importants, souvent actifs dans des secteurs précaires liés aux ressources naturelles. La topographie s'y présente d'une part, sous la forme de chaînes montagneuses parmi les plus élevées au Canada, et d'autre part, de territoires aux confins des forêts pluviales.

Un fort pourcentage des revendications territoriales des peuples autochtones qui y résident n'est pas encore réglé, et les progrès vers la conclusion de règlements durables de ces revendications sont lents à venir. Cette situation fait en sorte que le financement des activités de l'université ainsi que diverses autres questions connexes sont autant de matières à négociation, tant avec les gouvernements fédéral, provincial et les représentants des Premières nations.

Il importe que l'université soit sensible à ses commettants et qu'elle agisse de manière conséquente lorsqu'elle établit ses priorités tant au plan de l'enseignement que de la recherche. Aussi, en matière de santé publique, elle doit notamment tenir compte du fait que certaines collectivités autochtones vivent dans des conditions tiers-mondistes, qu'il est extrêmement difficile de recruter et de retenir auprès d'elle les services de professionnels de la santé possédant les qualités requises, en plus du fait que la plupart des jeunes vivant sur le territoire quittent la région dès qu'ils le peuvent afin de s'établir dans les grandes villes plus au Sud.

Partant, la santé publique y est une problématique particulièrement urgente à régler. La ville de Terrace, à environ six heures de route à l'ouest de Prince George, est un hameau typique du nord de la Colombie-Britannique; il y a entre 15 000 et 20 000 personnes qui y vivent. Il fut un temps où l'on y trouvait une activité fébrile, grâce au travail procuré par l'importante scierie de l'endroit spécialisée dans la taille et la coupe de poteaux de téléphone (dont le plus grand, un géant de 162 pieds, est encore debout aujourd'hui en bordure d'une rue de New York); mais la scierie a fermé boutique. Si bien qu'aujourd'hui, l'économie y est en perte de vitesse, l'activité touristique y étant la principale source de revenus, mais avec un nombre d'attraits trop restreint pour y retenir un praticien en santé publique venant de l'extérieur.

C'est sur cette toile de fond que UNBC a mis en place, en 1997/98, son programme de maîtrise ès sciences en santé communautaire (officiellement connu sous l'appellation MSc Community Health Science), la première cohorte étant composée de 12 étudiants des environs de Terrace. L'on est parti du principe qu'il valait mieux former des professionnels en santé publique ayant grandi dans les

environs et qui seraient plus avenants à y établir aussi leur pratique.<sup>10</sup> Les modules du cours comportaient des contenus rigoureux, de telle sorte qu'une fois l'enseignement dispensé, par exemple, en épidémiologie, on n'y revenait plus – plus besoin de repasser cette matière avec la cohorte d'étudiants l'ayant reçue. Certains des cours étaient enseignés par des professeurs dûment rattachés au UNBC – possédant souvent des compétences transversales pluridisciplinaires – par exemple, un infirmier ou une infirmière enseignant les apprentissages de base en épidémiologie, jumelée à un statisticien ou une statisticienne enseignant des notions plus avancées en la matière. Les autres modules seraient enseignés par des experts venant sur place pendant les sessions de cours, provenant tant de la Colombie-Britannique que de l'extérieur de la province. Il arrivait souvent que les cours se donnent le soir ou les fins de semaine.

La téléconférence s'avère un outil des plus utiles. Toutefois, la vidéoconférence semblait plus prisée, mais finalement moins fiable comme moyen de communication, tel que l'on a pu l'observer ailleurs. Évidemment, comme partout ailleurs, les étudiants préfèrent le contact direct avec leur professeur. Cette méthode leur a d'ailleurs permis de tisser des réseaux de solidarité plus solides, évoluant en des groupes d'apprentissage dont la formule a fait ses preuves par rapport même à l'enseignement classique en classe, à plus long terme. Le taux de rétention des étudiants est également fort respectable, alors que neuf des onze étudiants de la première cohorte ont complété le programme et obtenu leur diplôme (dont le dernier en 2002, à la cinquième année du programme).

**Pourquoi cette formule réussit-elle ?** La réussite de cette formule réside essentiellement dans le fait que les étudiants reçoivent leur formation en milieu éloigné, leur permettant de bâtir leur confiance en leur capacité de pratiquer avec succès dans cet environnement unique tout en acquérant les connaissances requises pour y arriver. Les praticiens en santé publique formés aux problématiques de santé publique des grands centres urbains trouvent qu'il est difficile pour eux de s'adapter à la vie dans le Nord, et encore plus de fournir les soins appropriés à la population de l'endroit. Pareillement, les diplômés de UNBC peuvent tout aussi bien ne pas se sentir à l'aise de pratiquer en santé publique en plein centre-ville de Montréal ou de Toronto.

**Quels en sont les principaux inconvénients ?** Essentiellement, cette formule n'est pas avantageuse au plan des coûts. Il y a peu d'étudiants, alors que le nombre d'enseignants est élevé en proportion avec cette faible population étudiante, outre le fait qu'il faut aussi défrayer le transport aérien des enseignants dans certains cas. L'abandon par un seul étudiant a des répercussions énormes en termes de pertes pour le programme. Aussi, il n'est pas facile de s'astreindre à un tel régime pédagogique. Il faut un personnel enseignant très motivé et disposé à recevoir des courriels à toute heure, au besoin, et à combler les écarts d'apprentissage pour certains étudiants ne disposant pas de tous les outils éducatifs (par exemple, une bibliothèque) dans les collectivités éloignées où ils vivent. Cependant, il faut convenir que les avantages nets sont considérables.

**L'UNBC avait droit par le passé à une prime d'éloignement de 35 % pour ses budgets de la part du Gouvernement de la Colombie-Britannique afin d'augmenter sa proportion de financement par étudiant, reconnaissant ainsi les coûts élevés requis pour assurer la prestation du programme. Or, compressions obligent, la prime a été réduite à 15 %, et sera éliminée pour l'année 2006/2007. L'université est donc à la recherche de nouveaux partenariats et de nouveaux commanditaires pour continuer à innover, et cherche à obtenir le soutien de l'ASPC pour ses activités futures.**

---

<sup>10</sup> Conforme à la norme des 70/70 suivie aux États-Unis, à l'effet qu'il convient de maintenir un taux d'au moins 70 % de diplômés des études en santé ou en médecine établissant une pratique dans un périmètre de 70 milles de l'université ou le collège leur ayant décerné leur diplôme.

## 2.3 CONTENU DES COURS

L'on pourrait dire que le programme MSP est en quelque sorte encore une innovation au Canada, puisqu'il n'existe au pays que très peu de programmes de ce genre présentement.

**1. EN QUOI CONSISTE UNE MSP ?** Le programme menant à l'obtention du diplôme de la maîtrise en santé publique (MSP) proposé par l'université de Birmingham, au Royaume-Uni, est le portrait-type d'un MSP dans cette région du globe. L'université précise que son programme est conçu de manière à procurer une formation exhaustive en santé publique et en épidémiologie à l'intention des étudiants possédant ou non un diplôme ou un certificat d'études médicales et qui travaillent dans le domaine de la santé publique. Il s'adresse aux employés travaillant pour le compte des services publics de santé, les services locaux de santé, les NHS Trust, ainsi qu'à ceux et celles souhaitant faire une carrière en recherche, que ce soit en santé publique ou en épidémiologie.

Conçu à l'origine comme étant un programme à temps partiel s'étalant sur deux ans, ce programme est aujourd'hui offert à temps complet ou à temps partiel, proposant notamment dans ce dernier cas la possibilité de le compléter sur cinq ans. Les étudiants peuvent également accumuler des crédits en s'inscrivant à divers modules, afin d'obtenir une attestation correspondant à l'un des trois niveaux ci-après :

Certificat d'études supérieures en santé publique et en épidémiologie - 60 crédits  
Diplôme d'études supérieures en santé publique et en épidémiologie - 120 crédits  
Maîtrise en santé publique - 180 crédits (dont 60 obtenus en produisant un mémoire de recherche.<sup>11</sup>)

**2. LE PREMIER VÉRITABLE MSP AU CANADA :** Le programme d'études menant à la maîtrise en santé publique de l'Université de l'Alberta a considérablement évolué depuis son lancement en 1996 à titre de premier programme menant à l'obtention du diplôme connu alors sous sa véritable appellation officielle, MSP<sup>12</sup>; malgré cette évolution, le programme est toujours présenté et hébergé dans les locaux du Department of Public Health Sciences de la faculté de médecine et de dentisterie de l'université. Ceci signifie que le programme, au plan des activités scientifiques et de recherche, demeure axé sur les orientations de la faculté, malgré l'évolution que l'on a observé dans l'enseignement en santé publique au cours des 10 dernières années.

Le département continue à offrir une gamme de programmes menant au MSc dans diverses disciplines de recherche, dont l'épidémiologie clinique, la santé environnementale et la santé à l'échelle mondiale. Le programme MSc a récemment remplacé un programme d'études axé sur la présentation d'une thèse et menant à une MSP, en recherche sur les politiques en matière de santé (18 étudiants ont été admis à ce programme en 2004). Le nouveau MSP, axé sur les cours didactiques, offre diverses concentrations : gestion et politiques en matière de santé, santé environnementale et en milieu de travail, santé à l'échelle mondiale, épidémiologie clinique, et

---

<sup>11</sup> Les mémoires de recherche font encore partie du tronc commun des programmes de MSP au Royaume-Uni.

<sup>12</sup> L'Université de Montréal, l'Université de Toronto, et le Memorial University of Newfoundland proposaient déjà à l'époque des programmes d'études similaires, bien que le diplôme correspondant n'était pas alors connu sous le vocable MSP.

évaluation des technologies de la santé [19 étudiants ont été admis à ces programmes en 2004, la plupart optant pour la concentration « gestion et politiques en matière de santé »<sup>13</sup>].

Sous l'impulsion de l'ASPC, les universités ont récemment établi un comité d'orientation afin de discuter de l'avenir des MSP au Canada. Selon ce que Nevis a cru comprendre, les discussions initiales avec les universités ont permis la conclusion d'une entente à l'effet que les universités s'engagent à collaborer à la mise au point d'un ensemble de lignes directrices à l'égard des MSP au Canada. Par ailleurs, selon les informations glanées lors des entrevues réalisées dans le cadre de cette étude, il appert qu'il existe un large soutien à la mise en place d'un régime de diplômes MSP conjoints à l'intérieur de chaque province, puisque ce sont là les frontières naturelles de coopération dans ces domaines - comme d'ailleurs c'est le cas pour les états constituant les États-Unis et l'Australie. La communauté universitaire est, pour sa part, plus réticente à l'idée d'établir un syllabus national pour ces programmes d'études que ce n'est le cas par rapport à celle d'établir un régime d'accréditation par un organisme autonome afin de maintenir, à l'échelle nationale, la conformité à des normes uniformisées et à des contenus de programmes convenables relativement aux programmes MSP établis dans chaque province.

**3. TENDANCES DANS LE SECTEUR DES MSP :** Tel que mentionné précédemment au présent document, les étudiants à temps partiel inscrits au MSP ne sont certainement pas intéressés à devoir présenter une thèse ou un mémoire de recherche<sup>14</sup> - cela accaparerait trop de leur temps, alors que la plupart occupent également un emploi régulier pendant leurs études. Ils peuvent maintenant choisir d'accomplir une « expérience de fin de parcours » au lieu de présenter une thèse ou un mémoire de recherche. La nature et le contenu de cette « expérience » varient selon la concentration choisie. Dans certaines concentrations, il pourra s'agir d'un examen écrit traditionnel, ou d'un projet en recherche appliquée. À l'Université Northwestern, par exemple, l'étudiant inscrit en administration des services de santé doit présenter un document écrit portant sur l'analyse des politiques, ou présentant une analyse de cas détaillée.

À l'Université de Calgary, l'on estime que les diplômés titulaires d'une MSP qui n'ont aucune formation médicale peuvent très bien occuper une fonction administrative au sein d'une administration en santé publique, mais pas une fonction en première ligne. À leur avis, le diplôme MSc en santé publique jumelé à la présentation d'une thèse est la seule façon de préparer les diplômés à exercer une vraie pratique en santé publique.

La diversité des milieux professionnels d'où proviennent les étudiants qui s'inscrivent au MSP soulève des défis particuliers que doivent résoudre les responsables chargés de mettre au point les nouveaux programmes MSP tant au Canada qu'aux États-Unis. Il peut autant s'agir d'étudiants inscrits à temps partiel travaillant pour une agence de santé publique fédérale ou provinciale, des diplômés en médecine, des statisticiens, des biologistes, bref à peu près n'importe quel titulaire de diplôme convenable dans une discipline pertinente, y compris les diplômés du programme BSPH qui est de plus en plus populaire aux États-Unis, ou d'un programme équivalent au Canada, quoique ceux-ci ne soient pas monnaie courante. Alors, comment enseigne-t-on le programme MSP à un groupe constitué d'étudiants aux horizons aussi différents, sans ennuyer les uns et perdre

<sup>13</sup> Répartition des inscriptions : Gestion et politiques en matière de santé - 10, Santé environnementale et santé en milieu de travail - 5, Santé à l'échelle mondiale - 3, Épidémiologie clinique - 1.

<sup>14</sup> Au Canada, ce processus peut se prolonger sur une période variant entre une et deux années, une fois la partie didactique du programme terminée. Au Royaume-Uni, les thèses et les mémoires doivent être produits dans des délais beaucoup plus courts.

irréremédiablement les autres en présentant une matière donnée ? Voilà qui exige de l'innovation. Parmi les solutions, l'on songe à ajouter des prérequis et une certaine orientation initiale. Aux États-Unis, la Association of Teachers of Preventive Medicine (ATPM) a récemment discuté de cette problématique dans le cadre de son colloque régulier portant sur l'enseignement des programmes d'études supérieures.

#### 4. QUELQUES TYPES DE MSP (ET AUTRES DIPLÔMES SIMILAIRES) :

**MSP en contrôle de l'infection (*Infection Control MPH*).** L'University of Hawaii a reçu l'an dernier du financement anti-terrorisme et a embauché David Birnbaum de UBC afin qu'il prépare le cursus d'une MSP en contrôle de l'infection à être dispensé à distance. Contrairement à la plupart des cours de formation à distance, celui-ci n'a pas été conçu pour être disponible en ligne. Tous les étudiants recevraient des livres/autres documents sur papier accompagnés d'une liste de tuteurs internationaux qu'ils pourraient contacter personnellement durant les heures normales de bureau et en tout temps par courriel. Les étudiants auraient à payer plus cher que pour des cours habituels donnant droit à un diplôme parce que cette MSP serait plus rapide et comprendrait un contact avec un corps professoral international. Le programme comprendrait des conférences de recrutement d'étudiants et d'introduction aux cours à Hawaii au cours de l'été. Une proposition vraiment innovatrice.

Malheureusement, le financement à même les fonds destinés à la lutte anti-terrorisme s'est volatilisé et il a été impossible de lancer le MSP. Ils ont donc en banque un MSP en contrôle de l'infection qu'ils sont prêts à mettre sur pied et ils cherchent à faire équipe avec une autre université pour les aider à réaliser les étapes de lancement et de la mise en œuvre. David Birnbaum cherche lui aussi – peut-être un partenaire canadien? <sup>15</sup>

**MSP axée sur des preuves scientifiques :** Ce type de programme de maîtrise semble une très bonne innovation, attrayante pour le marché – particulièrement pour les médecins, peut-être. Le professeur Dick Heller est arrivé à Manchester U. (R.-U.) en septembre 2000 après avoir passé 17 ans à l'Université de Newcastle, en Australie, où il avait été professeur en médecine communautaire et d'épidémiologie clinique et directeur du Centre for Clinical Epidemiology and Biostatistics.

Il était très enclin à adapter les techniques fondées sur les preuves scientifiques utilisées en médecine clinique à la santé publique, ayant mené des travaux axés sur les preuves scientifiques à Newcastle avant de venir à Manchester. Les gens de Manchester étaient enthousiasmés à l'idée de travailler avec lui pour créer de nouvelles preuves scientifiques pour la Population Health Unit et pour lancer une **MSP innovatrice donnant droit au diplôme étayée par des techniques axées sur des preuves scientifiques** - appelée MPHe<sup>16</sup>. Comme nous le verrons plus loin, elle possède une autre caractéristique inhabituelle<sup>17</sup>.

Le programme s'adresse principalement aux médecins et spécialistes en santé publique, aux spécialistes en soins primaires, aux omnipraticiens et au personnel infirmier. L'idée principale de cette MPHe est d'aider à créer l'équivalent en santé publique de la médecine clinique axée sur des preuves scientifiques, procurant à la communauté de santé publique des outils leur permettant de produire des données plus efficaces qui à leur tour entraîneront une évaluation réaliste des projets et

---

<sup>15</sup> Notes en bas de page effacés

<sup>16</sup> Master's in Population Health Evidence (Maîtrise en santé publique axée sur des preuves scientifiques)

<sup>17</sup> Voir p. 27

d'autres initiatives. La communauté en santé publique a actuellement un urgent besoin de mettre au point sa propre base de preuves scientifiques. De nombreuses interventions dans le domaine de la santé publique sont enregistrées sans qu'on ait l'espoir qu'elles soient examinées puisque les outils destinés à cette fin n'existent pas. Ceci s'applique aux méthodes de présentation des interventions, de l'évaluation de leurs résultats et à l'analyse de leur incidence.

**MSP de type exhaustif :** L'Université de la Saskatchewan présentera en septembre 2006 une MSP innovatrice axée sur les cours pour environ 20 étudiants. Il s'agira d'un programme de 39 crédits (33 pour le travail de cours, six pour les quatre mois pratiques) et comprendra des cours des cinq collègues en santé publique de l'université<sup>18</sup>. Il prendra deux années à accomplir, à temps complet, ou jusqu'à cinq ans à temps partiel. La MSP s'adresse aux jeunes étudiants qui ont récemment complété un diplôme de premier cycle et à des praticiens en santé publique qui désirent mettre leurs connaissances à jour. Ils espèrent présenter une MSP concentrée pour cadres pouvant être complétée en une année (mais qui pourrait prendre plus de temps). Tout le corps professoral en MSP sera appelé à mener la recherche – y compris la pratique en santé publique, d'une façon plutôt semblable au programme PHRED ontarien.

**Programme de deuxième cycle exclusif au DoHA :** Le Commonwealth Department of Health and Aged Care (DoHA) d'Australie possède son propre programme de second cycle en santé publique (pas seulement un MSP) pour les employés du département. La délivrance en est confiée à un consortium d'universités australiennes (incluant La Trobe et Monash) et cela fonctionne depuis au moins six ans. Il est difficile d'établir combien de gens du DoHA y participent parce que les personnes y adhèrent et en sortent suivant 1 ou 2 unités par année. La Trobe estime que 200 d'entre eux participent jusqu'à maintenant.

Les universités australiennes prétendent que le ministère désire déboursier moins pour ce **Corporate Public Health Postgraduate Program** chaque année, même s'il offre de nombreux choix, tout en durant moins longtemps que les équivalents du secteur privé. Les gestionnaires du développement professionnel gouvernementaux veulent un programme aussi général que possible, mais se plaignent que les étudiants semblent continuer à obtenir leur diplôme avec des capacités trop grandes. Il semble que le programme ne survivra pas longtemps, alors il ne s'agit pas d'un bon exemple à suivre pour le Canada.

**5. L'AVENIR DES DIPLÔMÉS EN MSP DE WATERLOO :** Waterloo prévoit qu'une bonne partie de ses candidats à la MSP proviendront d'ONG plutôt que des praticiens en première ligne des services de la santé publique. Waterloo recherche de gens possédant un diplôme pertinent de premier cycle et au moins une année de service. On s'attend à ce que la demande croissante de gestionnaires qualifiés avec une maîtrise par les départements de santé publique locaux absorbe rapidement la production de MSP de Waterloo – lorsque l'on ajoute ces gens aux professionnels des ONG et aux médecins qui désirent approfondir leurs connaissances professionnelles en un temps où la SP est susceptible de prendre plus d'importance et d'être mieux financée.

**6. PAS UNE MSP – MAIS TOUT COMME :** L'université Simon Fraser (SFU) a commencé à planifier la mise sur pied de sa nouvelle Faculty of Health Sciences (FHS) (Faculté des sciences de la santé) avant le SRAS, la grippe aviaire, etc. – de sorte que son financement vient largement de l'interne. La FHS présentera son premier cours donnant droit au diplôme en septembre 2005 - une MSc in Population & Public Health (maîtrise en sciences de la santé). Tel que noté plus tôt, les étudiants peuvent prendre ce cours axé sur la présentation d'une thèse ou un stage. La FHS a reçu 75

---

<sup>18</sup> Nutrition, médecine vétérinaire, kinésiologie, santé et sécurité en milieu agricole et toxicologie.

demandes pour sa première cohorte et a offert des places à 30 étudiants. Suivra, en septembre 2006, un programme de maîtrise en santé globale (*Master's in Global Health*) menant à un diplôme qui consistera en un programme de deux semestres et dix cours pour les professionnels qui songent à travailler outre-mer dans des pays dont les habitants ont des revenus faibles à moyens. Une maîtrise conjointe de type MBA/MScPH de la SFU devrait suivre bientôt.

#### **Pourquoi ne pas offrir un MSP ?**

À l'Université de Toronto, l'on est d'avis que son diplôme MHSc possède une valeur de marque et ne voit pas ce qui pourrait la pousser à renoncer à cet atout. L'on y exprime certaines réserves à l'égard de divers programmes MSP : le programme ne dure qu'une année; est trop général; comporte des faiblesses au plan de l'enseignement des matières axées sur des preuves scientifiques, des travaux pratiques, etc.. L'on préférerait que le diplôme qui y est offert soit classé dans une autre catégorie. Malgré tout cela, il appert que l'on songe à y présenter un programme MSP à temps partiel, autofinancé, et conçu à Toronto.

#### **7. QUE DIRE DES INNOVATIONS AU NIVEAU DU DOCTORAT EN SANTÉ PUBLIQUE (DRPH) ?**

L'université **Johns Hopkins** a introduit un programme d'études à temps partiel essentiellement axé sur des cours didactiques, la détention d'une MSP étant un prérequis. L'on exige la présentation d'un mémoire, mais il s'agit d'un exercice appliqué de résolution de problème en santé publique qui n'est pas tributaire d'une hypothèse particulière. Il s'agit d'une évolution importante pour cette institution, laquelle avoue ne pas être dotée de toutes les ressources professorales possédant une expérience pertinente récente sur le terrain. Elle doit faire appel à des experts de l'extérieur, lesquels travaillent avec des professeurs à l'interne à l'organisation de la structure du programme. Ces derniers agissent en quelque sorte en qualité de « traducteurs » au bénéfice des professeurs venus de l'extérieur de l'institution, car ces derniers ne sont pas nécessairement au courant des techniques d'enseignement pouvant y avoir cours à une époque donnée. Ceci dit, le personnel enseignant en résidence à Johns Hopkins apprécie les récits d'aventures portant sur la guerre, mais seulement si on y recourt de manière modérée.

La **London School** a, quant à elle, inauguré un programme de DrPH plutôt novateur, s'adressant, dit-elle, « aux chefs de file actuels et aux futurs chefs de file de la pratique en santé publique. » Elle reconnaît d'emblée que cet auditoire doit développer des compétences à la fine pointe tant à l'égard des questions liées aux politiques en santé publique qu'à l'égard de la pratique en santé publique, et non vouloir en faire des chercheurs accomplis. Les candidats doivent avoir les prérequis exigés au PhD, en plus de posséder une expérience pertinente en matière de gestion ou de direction d'un service de santé publique. Les étudiants au DrPH ont le loisir de choisir de suivre le programme dans n'importe lequel des départements de la LSHTM. Aussi, le programme est présenté en trois volets :

**Volet didactique** – Politiques en santé publique, leadership, gestion et perfectionnement

**Volet professionnel** – stage pratique auprès d'une agence de santé publique + présentation d'un rapport

**Volet projet de recherche** – mémoire de 50 000 mots

Il faut compter au moins trois années à temps plein pour compléter le programme, un maximum de cinq ans étant prescrit pour son achèvement. L'on offre des options de formation sur place, à Londres, ou en mode formation à distance, ou une combinaison des deux, au choix.

**Flinders University**, à Adelaide, en Australie, offre un DrPH selon des modalités sensiblement pareilles à celles de la LSHTM, reconnaissant elle aussi le bien-fondé d'offrir un doctorat professionnel à l'intention des praticiens et des chefs de file en santé publique, par opposition à un

PhD traditionnel. Il s'agit également d'un programme sur trois ans à temps complet – deux années de cours didactiques et de travaux connexes, et une année consacrée à la préparation d'un mémoire. L'apprentissage didactique peut se faire à distance la première année, mais il faut compléter les cours intensifs de la deuxième année en résidence. Le sujet du mémoire peut être attribué en fonction des activités professionnelles du candidat, tout en respectant ce faisant les priorités de recherche établies par le département de santé publique de l'Australie. La souplesse semble de mise au plan des prérequis à l'admission au programme.

Au Canada, l'**Université de Montréal** a consacré des efforts considérables en vue de présenter un programme de doctorat en santé publique suivant un calendrier souple, afin de satisfaire la demande accrue de la part des professionnels de la santé en pratique active, tant du Québec que de l'étranger, cherchant notamment à mettre à jour leurs connaissances et leurs qualifications professionnelles. Malheureusement, cette innovation a été rejetée par la Conférence des présidents des universités du Québec, parce qu'il s'agissait d'un programme de doctorat n'exigeant pas la réalisation d'un projet de recherche et la préparation d'une thèse.

Par conséquent, le Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal compte proposer ce programme d'études doctorales à titre de sixième option de son programme de PhD, s'ajoutant ainsi à ses cinq autres programmes d'études multidisciplinaires menant au PhD en santé publique, un programme fort prisé accueillant depuis 1978 des candidats et des candidates - des médecins ou autres professionnels – à son programme d'études doctorales. Les autres options mènent au PhD assorti d'un projet ou d'une thèse de recherche traditionnelle. Le programme complet accueille entre 25 et 30 étudiants par année, provenant tant du Canada que de l'étranger, notamment de la France, de la Suisse, de l'Espagne, du Brésil et de certaines régions d'Afrique, en plus d'étudiants anglophones (essentiellement d'origine canadienne).

L'**Université de Toronto** a également songé à ajouter un diplôme DrPH à ses programmes d'études doctorales, mais il appert que le projet est à tout le moins suspendu car elle doit conserver ses ressources pour les affecter à d'autres fins plus pressantes, notamment en raison de l'importante révision présentement en cours de ses programmes au niveau de la maîtrise. Il semblerait cependant que l'on y souhaite ardemment l'avènement, dans les meilleurs délais, d'un **programme de DrPH à admission réservée à des cadres supérieurs chevronnés des administrations publiques de la santé**, offrant notamment un cours enrichi en méthodologie de la recherche afin de préparer les diplômés à la réalité imminente des processus fondés sur des preuves scientifiques.

**8. ACCÈS SANS FRAIS AU MATÉRIEL DIDACTIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE GRÂCE AU GRATIciel OPENCOURSEWARE :** L'Université **Johns Hopkins** est l'un des chefs de file de l'accès sans frais aux cours les plus populaires en santé publique via l'internet, grâce au progiciel OpenCourseWare (OCW). La philosophie de cette institution veut qu'éventuellement tout le matériel didactique utilisé par sa School of Public Health dans l'enseignement des programmes de premier cycle et d'études supérieures puisse un jour être accessible à tous les utilisateurs, partout au monde, gratuitement. Il s'agit d'une projection, à l'échelle planétaire, du principe universitaire originel de la démocratisation de l'accès au savoir, maintenant rendu possible grâce à l'internet. Ce procédé gracieux diffère du concept de la formation à distance, puisqu'il n'y a aucune interaction directe entre ces étudiants et le corps professoral, et que ces étudiants virtuels n'ont pas le droit à un diplôme universitaire malgré leurs études.

D'autres universités américaines soutiennent activement l'accès gratuit au haut savoir, dont MIT (le précurseur en la matière), Carnegie Mellon, Tufts et Utah State. Six universités japonaises ont lancé des projets faisant appel au graticiel OCW et travaillent en partenariat avec MIT, qui offre des cours en japonais ainsi qu'en anglais.

**9. DIPLÔMES D'ÉTUDES SUPÉRIEURES DE NURSING EN SANTÉ PUBLIQUE :** Plusieurs universités dans le monde entier proposent des programmes d'études menant à un diplôme d'études supérieures en nursing (ou en sciences infirmières, l'appellation changeant selon les endroits). La présente étude n'a pas été en mesure d'évaluer tous ces programmes pour y déceler les innovations dans cette discipline, mais présente néanmoins quelques exemples des initiatives entreprises à ce chapitre.

La School of Public Health de l'**Université de l'Illinois à Chicago** participe, en partenariat avec sa faculté de nursing (le *College of Nursing*), à la présentation d'un programme conjoint de maîtrise en nursing (MS Nursing) et de MSP. Aucun examen ne vient sanctionner le programme conjoint, mais l'on exige par contre la présentation d'un mémoire ou d'une thèse. Les étudiants ont accès à deux experts-conseils, l'un pouvant être un professeur en santé publique rattaché au College of Nursing, et l'autre issu du programme de santé sociale de la School of Public Health. Il est permis aux étudiants, avec l'assentiment du département, de se retirer du programme de diplôme conjoint et de choisir l'un des deux programmes d'études.

Le College of Nursing et la School of Public Health de l'**Université de la Caroline du Sud** (*University of South Carolina*) offrent également un diplôme conjoint MSN/MPH semblable à celui précité. Le programme MSN doit d'abord être entériné par le State Board of Nursing for South Carolina, et est ensuite accrédité par la Commission on Collegiate Nursing Education. La School of Public Health est accréditée auprès du CEPH. Le curriculum est conçu de manière à ce que les infirmières et infirmiers soient suffisamment outillés pour assumer des fonctions de direction en soins infirmiers ou au sein des administrations de santé publique, et comporte plus de 300 heures de pratique clinique. Le programme conjoint MSN/MPH est habituellement complété en deux ans, pour les étudiants à temps complet, et en trois ans pour les étudiants à temps partiel.

L'**Université Portland State** offrait par le passé un programme de nursing en santé publique, mais la demande n'y est pas suffisante pour instaurer un programme de maîtrise de nursing en santé publique. Il appert que l'on considère les programmes du diplôme MSc clinique ou du MSP mettant l'accent sur la gestion comme étant davantage utiles pour permettre l'accession à des postes supérieurs en sciences infirmières.

Le nursing, ou les sciences infirmières, regroupe le plus grand nombre de personnes oeuvrant en santé publique dans une même discipline. Les infirmières et infirmiers titulaires d'un bac ont constitué l'épine dorsale de l'effectif travaillant en santé publique au Canada pendant de nombreuses années. Cela sera encore le cas à l'avenir, bien que les infirmières et infirmiers optent souvent de nos jours pour des études supérieures menant à l'obtention d'une maîtrise (souvent de nature interdisciplinaire, par exemple une MPH ou une MSc en épidémiologie). Il est tout autant irréaliste qu'inutile de vouloir exiger l'obtention d'une maîtrise comme prérequis à la pratique en sciences infirmières. Il reste toutefois à régler la question de l'adéquation du curriculum actuel en fonction de la préparation des infirmières et infirmiers à l'exercice de leurs compétences en santé publique. Cette question demeure sans réponse et la problématique est présentement à l'étude par l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières.

**10. UNE INNOVATION PRATIQUE :** La McMaster School of Nursing a introduit un aménagement important en vertu duquel les étudiants au diplôme de premier cycle en sciences infirmières

(essentiellement de type clinique<sup>19</sup>) peuvent collaborer avec des étudiants inscrits au programme d'études supérieures de sciences infirmières en santé publique aux activités de recherche et de cueillette de données en vue de la préparation de leur thèse. Ceci permet en outre de sensibiliser plusieurs infirmières et infirmiers à l'apport important de la pratique en santé publique au plan de la prestation de services de santé à la population en général, pouvant notamment en inciter à choisir une concentration en santé publique lors de leurs études supérieures. Cette initiative est fort importante, compte tenu du contenu relativement faible de la matière en santé publique proposée dans le cadre des cours de nursing clinique au niveau des études de premier cycle.

**11. UN PROGRAMME D'ÉTUDES POSTDOCTORALES INUSITÉ :** Le président de la chaire « Approches communautaires et inégalités de santé » établie à l'Université de Montréal se préoccupe de la prestation au quotidien des services en santé publique auprès des communautés vivant en milieu défavorisé. Ce travail exige une connaissance intime des collectivités en cause et des mécanismes présidant à leur fonctionnement. Partant, les individus souhaitant contribuer pleinement à un tel projet doivent à la fois posséder des connaissances du domaine des sciences sociales en plus d'une bonne connaissance des rouages de la santé publique.

Il peut cependant arriver que les connaissances des spécialistes en sciences sociales ne soient plus tout à fait à jour dans le domaine des sciences sociales, dans la mesure où ces personnes aient consacré le plus clair de leur carrière à des fonctions en santé publique, diminuant d'autant leur efficacité à agir en tant que spécialiste en sciences sociales. Il devient donc nécessaire de pouvoir compter sur des spécialistes en sciences sociales (psychologues, biostatisticiens, spécialistes en SGIR, etc.) possédant un diplôme MSP et pouvant s'adonner tantôt à ses activités professionnelles au plan de la santé publique, tantôt au plan de sa spécialité première, l'enseignement, la consultation ou l'apprentissage.

Aussi, afin de répondre à ce besoin, l'Université de Montréal a institué un **programme d'études postdoctorales** en vertu duquel des individus particulièrement talentueux, spécialistes en sciences sociales, en sciences politiques ou dans d'autres disciplines, peuvent consacrer leur temps et leur énergie à l'étude de problématiques pointues en matière de santé publique. Melanie Rock, une anthropologue médicale, est la première diplômée de ce programme émérite et travaille aujourd'hui auprès de l'Université de Calgary. Sa thèse postdoctorale à l'Université de Montréal traitait de la détection, de l'explication des causes et du redressement des inégalités de santé, en examinant les conditions induisant un mode de vie propice à la manifestation de l'obésité, des maladies cardiovasculaires et du diabète de type 2 dans la société nord-américaine. Il est entendu que la place que tient le fameux « macaroni Kraft » et ses répercussions sur la société québécoise ont été identifiés comme étant des facteurs clés dans le contexte de cette recherche.

**12. LA PLACE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LES PROGRAMMES D'ÉTUDES DE PREMIER CYCLE EN SCIENCES MÉDICALES :** Une étude récente émanant du Royaume-Uni<sup>20</sup> rapporte que l'on enseigne l'épidémiologie et la prévention des maladies dans toutes les écoles de médecine étudiées du pays, tandis que la promotion de la santé et les inégalités face à la santé l'étaient dans 94 % des cas, l'évaluation critique dans 88 % et la statistique dans 81 %. Dans les trois quarts des écoles de médecine, l'enseignement de la santé publique et de la médecine clinique était intégré jusqu'à un certain niveau, tandis que 19 % des cours semblaient entièrement intégrés.

---

<sup>19</sup> Il y a 80 infirmières et infirmiers inscrits à des programmes d'études supérieures présentement à l'université **McMaster**, dont 15 en santé publique.

<sup>20</sup> A. Bagade, S. Gillam: *The State of Undergraduate Medical Education in Public Health in UK Medical Schools* - Institute of Public Health, University of Cambridge, novembre 2004.

Cela peut sembler encourageant, mais les résultats n'indiquent pas combien de temps a été alloué à ces sujets au cours du programme de médecine de premier cycle. La santé publique, est de tout temps omniprésente dans ce vaste cursus, mais on dit qu'elle a tendance à disparaître parce que « les étudiants ne l'aiment pas et qu'elle a mauvaise réputation ». Un des porte-parole de l'école de médecine du Royaume-Uni fait allusion à « la loi des trois » émettant le commentaire que « un tiers (de ces étudiants en médecine de premier cycle) deviennent véritablement intéressés et ont l'occasion d'étudier sur place la santé publique en profondeur, un tiers comprennent et souscrivent à son importance sans pour autant s'enthousiasmer et un tiers ne sont tout simplement pas intéressés ».

L'étude recommande que l'enseignement de la santé publique aux étudiants de premier cycle à l'école de médecine, au Royaume-Uni, soit revalorisé ainsi :

- Qu'un consensus soit partagé sur ce qui constitue le programme de cours en santé publique à ce niveau.
- Que l'on examine plus à fond la problématique qui mine l'enseignement de la santé publique et les tentatives d'intégrer la santé publique à l'enseignement clinique.
- Que l'on partage davantage de matériel et d'expériences en enseignement.
- Que l'on s'assure que l'examen final englobe la santé publique et l'épidémiologie.
- Que l'on encadre l'initiation et le développement d'enseignants en santé publique.
- Que l'on reconnaisse le mérite et que l'on institue une « incitativon » des activités d'enseignement en santé publique au sein des départements.

Les étudiants qui ont récemment complété leurs études à une importante école de médecine canadienne rapportent que le programme comprenait « quelques conférences » sur le système de soins de la santé canadien la première année<sup>21</sup>. Ils observent que l'épidémiologie clinique et la médecine fondée sur l'expérience clinique constituaient le fondement du programme et qu'ils jugeaient la santé publique comme l'objet de cours le plus ennuyeux. Observation jumelée à l'idée générale des étudiants à l'effet que la santé publique n'est pas la vraie médecine et que le fait d'emprunter cette voix ayant acquis toutes les connaissances requises à l'obtention de leur LMCC (licence du Conseil médical du Canada) serait une pure perte de temps et d'argent.

On a beaucoup débattu sur les structures et le financement des universités et de la manière dont cela affecte la formation en santé publique. Comme le note ailleurs ce rapport, le recrutement, la titularisation et la promotion tendent à être le lot de la productivité de la recherche, le gros de la recherche se faisant en science fondamentale. De nombreux (certainement pas tous) les départements universitaires de santé communautaire et d'épidémiologie (ou l'équivalent) sont peu à peu devenus des départements de science fondamentale, peut-être s'intéressant aussi à la recherche sur les services en santé et les politiques relatives à la santé, mais souvent avec un contenu minimal en santé publique. Les praticiens en santé publique ne sont pas particulièrement visibles dans les écoles de soins infirmiers non plus. Il en découle que les étudiants, surtout en médecine, n'étudient pas suffisamment la santé publique et qu'ils trouvent – comme les étudiants cités plus haut – le sujet « inintéressant » et « accessoire ».

---

<sup>21</sup> Monica Hau (communication personnelle).

Il nous apparaît clair que d'élever les standards dans l'enseignement de la santé publique dans les écoles de médecine canadiennes constituerait une étape importante dans l'incitation de plus d'étudiants à devenir médecins en santé publique. Cela pourrait aussi assurer la graduation de médecins qui possèdent une connaissance utile de ce qu'est la médecine communautaire et une appréciation du rôle que joue la prévention dans notre système de santé.

En toute justice, il faudrait ajouter que, selon le rapport Naylor<sup>22</sup>, la grave pénurie de médecins en santé publique au Canada ne dépend pas seulement des lacunes du système d'instruction, mais d'une incapacité de retenir les diplômés en médecine communautaire en favorisant des carrières valorisantes en santé publique.

Peut-être que, dans l'avenir, les postes actuellement vacants en médecine de la santé communautaire au Canada seront comblés efficacement par un nombre croissant de diplômés des BScPH/MSP ou programmes similaires.

La Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health a récemment eu recours à un consultant pour l'aider à mener une révision de sa stratégie et pour mettre au point un nouvel énoncé de mission. Le consultant était expert en planification stratégique, mais n'avait aucune notion de médecine ou de santé publique. Il a demandé au corps professoral réuni ce qu'il croyait être la chose la plus importante que fasse l'école. La plupart pensaient qu'il s'agissait de la recherche. Personne ne pensa que c'était l'enseignement. Le meneur de jeu fut étonné. Tandis qu'il se rendait au tableau noir pour en prendre note, il dit : « Vous êtes chez vous. C'est vous qui décidez ce qui est le plus important. Mais je dois vous dire qu'il me semble un peu bizarre qu'étant la Johns Hopkins School of Public Health et la Johns Hopkins University, l'éducation n'est pas plus importante que vous semblez le croire ». L'énoncé de mission final inclura un engagement à l'excellence autant en éducation qu'en recherche.

*Dr Alfred Sommer*

*Doyen, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*

Allocution prononcée dans le cadre d'un colloque sur le thème « The Future of Public Health », dans la série Millennium Symposium présentée sous l'égide de la Harvard School of Public Health, le 11 avril 2002

---

<sup>22</sup> *Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada – Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique : octobre 2003, chapitre 7.*

## 2.4 PRESTATION DU PROGRAMME D'ÉTUDES

Il est vital de sortir de la salle de cours – les prisons constituent un bien meilleur environnement d'enseignement.  
*Dr Stephen Gillam, School of Clinical Medicine, Cambridge University*

**1. OBSERVATIONS SUR L'APPRENTISSAGE OU LA FORMATION À DISTANCE :** L'apprentissage à distance est une activité fascinante. En principe, il offre la possibilité de faire de personnes qualifiées ayant accès à Internet n'importe où dans le monde des étudiants à votre université. Il semble que lorsqu'un programme en ligne a été préparé, un grand nombre d'étudiants peuvent s'inscrire, payer et étudier les cours au programme à un coût différentiel minimal pour l'université hôte. Il y a au moins trois inconvénients à cette vision idéalisée – quatre en fait.

Premièrement, le matériel du cours nécessite une constante attention parce que des erreurs se glisseront dès le premier jour, les conférenciers changeront de temps à autres et aucune discipline n'est si parfaitement observée que des modules d'enseignement ne requièrent de mises à jour au rythme des changements technologiques et des avancées du savoir. Deuxièmement, les étudiants sentent le besoin de parler aux enseignants au sujet du programme et de son contenu – habituellement par courriel, en tout temps, jour et nuit. Troisièmement, la plupart des programmes conduisant à un diplôme exigent des étudiants qu'ils présentent des travaux de cours et écrivent des examens régulièrement au cours de l'année – tous documents qui doivent être lus, notés, évalués et retournés sans délai. Quatrièmement, tous les systèmes informatiques et leurs réseaux de communication sont sujets à des défaillances soudaines et parfois catastrophiques.

En dépit de ces facteurs, certaines universités se lancent dans le commerce de l'apprentissage à distance à l'échelle mondiale et certaines offrent de très bons programmes d'étude conduisant au diplôme en santé publique. Il s'agit d'un domaine où l'innovation est reine et où les innovateurs font de l'argent.

### AINSI VONT LES MODEMS DE DONNÉES, AINSI VA L'ENSEIGNEMENT

**APPRENTISSAGE ASYNCHRONE :** Apprentissage dans lequel l'interaction entre instructeur et étudiant se produit en intermittence et en différé. Exemples : les cours adaptés au rythme de chacun suivis sur Internet ou sur CD-ROM, les contrôles par questions et réponses, les discussions de groupe en ligne et par courriel.

**APPRENTISSAGE SYNCHRONE :** Session d'apprentissage en temps réel, conduit en ligne par un instructeur dans laquelle tous les participants sont branchés en même temps et communiquent entre eux. Dans cette classe virtuelle, l'instructeur garde le contrôle de la classe possédant la capacité d'interpeller les participants. Dans la plupart des plates-formes, étudiants et enseignants peuvent utiliser un tableau blanc pour voir le travail en cours et partager la connaissance. L'interaction peut aussi se produire par des moyens audio – ou la vidéoconférence, par téléphone Internet ou par diffusion bidirectionnelle en direct.

**2. LA LONDON SCHOOL – UN JOUEUR DE PREMIER PLAN DANS L'APPRENTISSAGE OU LA FORMATION À DISTANCE :** La LSHTM offre un cours en gestion des services de la santé à distance depuis 1999. À ce jour, plus de 400 étudiants ont réussi ce cours. En octobre (2005), l'école offrira le programme complet de MScPH (maîtrise ès sciences en santé publique) (générique et toutes les concentrations) à distance. La plupart des modules sont déjà disponibles aux étudiants pour téléchargement.

Le programme de MScPH est soutenu par des CD-ROM, des lectures sur papier et des guides publiés par McGraw-Hill – couverture souple à £18,99 au détail. Le matériel écrit ou autre relatif à l'apprentissage ou la formation à distance est fourni par les gens sur place, accompagnés de modules provenant d'autres universités. Le cours à distance coûte £8 320 (payé à l'avance ou en cours de route) et peut prendre de deux à cinq ans.

La LSHTM croit qu'il y a un marché important pour l'apprentissage ou la formation à distance en santé publique – tout spécialement pour ceux qui n'ont pas les moyens de passer une année à Londres. Le premier cours en MScPH (2005/06) est maintenant complet (110 candidats acceptés sur 200). La direction a été bien surprise d'apprendre que la moitié environ des personnes acceptées étaient britanniques! Probablement parce que les employeurs n'ont pas les moyens d'éloigner leurs gens à temps plein pendant 12 mois.

L'école s'attend à ce que les inscriptions internationales s'accroissent, mais les chiffres concernant le Royaume-Uni vont diminuer à mesure que des MSP deviendront accessibles à travers l'Angleterre, permettant aux étudiants de suivre les cours à temps partiel à partir de leur demeure. Il vaut la peine de noter que, même si la LSHTM croit qu'il existe un appétit global substantiel pour leurs cours d'études supérieures en santé publique, ils contrôlent avec soin les inscriptions à ce stade. Cela souligne le fait que, même si cela semble techniquement simple d'entretenir de nombreux étudiants à un cours sur le Web donnant droit à un diplôme, ainsi qu'il est dit plus haut – leur travail nécessite d'être évalué régulièrement, leurs questions doivent être répondues promptement, des difficultés de langage/culturelles peuvent surgir et la tricherie peut s'avérer plus ardue à détecter en raison du volume de travaux soumis à l'examen. L'approche raisonnable de la LSHTM relativement au marché semble sage pour l'instant.

Cette année, la LSHTM a aussi présenté un programme d'apprentissage mixte (le *blended learning*) pour la première fois<sup>23</sup>. Les étudiants en maîtrise de la LSHTM ont maintenant le loisir de choisir deux modules avancés qu'ils peuvent suivre à distance, plutôt qu'en classe. Ce mode d'apprentissage est devenu très populaire chez les étudiants qui, pour diverses raisons préféraient travailler en dehors du campus. L'expérience sera poussée plus loin cette année. Dans la même foulée, les étudiants en quête d'un grade de recherche ont maintenant la possibilité de suivre un certain nombre d'unités d'apprentissage à distance plutôt que de les suivre à Londres.

La LSHTM envisage de sonder un autre segment du marché à l'automne 2006 alors que l'institution lancera un autre programme de MScPH comprenant une session (disons de 5 semaines) en classe à London et le reste en formation à distance. Le programme est soutenu par les bureaux du British Council du monde entier qui peuvent apporter leur concours en interviewant les candidats, s'assurant que les étudiants préparent leurs propres documents écrits et en assumant d'autres tâches administratives.

**3. LE NEC PLUS ULTRA DES PROGRAMMES DE FORMATION À DISTANCE :** L'université Manchester a introduit, en 2001, le premier programme MSP en ligne au Royaume-Uni. Il s'agissait d'une version en grande partie en mode formation à distance de leur programme MSP présenté sur le campus. Depuis lors, l'université a fait un pas de plus et offre dorénavant leur tout nouveau programme MSP fondé sur des preuves scientifiques (MSPe) selon un format de **formation intégrale à distance**. Les étudiants inscrits à ce programme selon cette formule n'ont donc plus à se rendre physiquement sur place, à moins qu'ils y tiennent vraiment. Grâce au service WebCT, l'université peut rejoindre les gens ne pouvant se rendre à l'université de leur choix n'importe où au

<sup>23</sup> Déjà largement répandu aux États-Unis.

monde, à condition de se conformer aux prérequis à l'admission au programme. Les modules du nouveau cours ont été créés par un groupe de consultants de l'extérieur, une tâche relativement *low-tech*, et une nouvelle équipe didactique fut chargée de veiller à la bonne marche des diverses unités du programme MSPe. L'on exige encore cependant la présentation d'un mémoire (entre 10 000 et 15 000 mots), l'université Manchester se rangeant ainsi du côté des universités traditionnelles à cet égard. Les étudiants inscrits à temps complet peuvent compléter le programme en une année, les étudiants inscrits à temps partiel pouvant prendre jusqu'à cinq ans pour le compléter.

Le diplôme MSPe s'adresse en particulier au personnel multidisciplinaire travaillant dans le domaine de la santé de la population, qu'il s'agisse ou non de spécialistes dans une discipline donnée. Le programme est décrit comme offrant une approche autonome, favorisant la participation et la discussion entre les étudiants et le personnel tutorial par l'entremise de groupes de discussion et d'exercices collaboratifs. Les exercices pratiques proposent également aux candidats une autoévaluation des apprentissages.

Le programme MSPe de l'Université de Manchester a été lancé en septembre 2002, proposant des cours d'une grande qualité sans restreindre l'accès aux classes virtuelles. Malgré cela, et bien que le programme est accessible de n'importe quel endroit au monde, seulement 177 étudiants y sont inscrits. Aussi, ce ne sont pas tous les étudiants qui s'inscrivent à la totalité du programme d'études. Certains préfèrent s'inscrire à des modules de leur choix uniquement afin de peaufiner leurs connaissances dans une discipline particulière<sup>24</sup>. Tout comme leurs collègues à la LSHTM, le personnel de la section Evidence for Population Health Unit (EPHU) de l'Université de Manchester craint d'être submergée par la tâche de satisfaire les besoins d'un nombre trop imposant d'étudiants correspondant avec eux à distance.

Le personnel de l'équipe EPHU de l'Université de Manchester a aussi d'autres préoccupations. L'université vient d'annoncer, en août 2005, le changement d'appellation. à compter de la session 2006, de son diplôme actuel, *Master's in Population Health evidence (MPHe)*, en celle de ***Master's in Public Health (MPH)***. En sus, l'équipe du MPH fusionnera avec celle de la Division of Primary Care de l'université<sup>25</sup>.

**4. L'ENGOUEMENT POUR LA FORMULE D'APPRENTISSAGE À DISTANCE N'EST PAS UNIVERSEL** : La School of Public Health de l'université **La Trobe**, par exemple, n'est pas particulièrement entichée par cette formule. Le personnel est d'avis qu'il arrive que la technologie peut flancher à tout moment, que le niveau de participation des étudiants est souvent plutôt faible, et que les étudiants en ligne consultent rarement les groupes de discussion. Par ailleurs, il appert que ce ne fut pas une bonne idée d'obliger les étudiants à distance à travailler à leurs cours les soirs de semaine après avoir accompli leur journée de travail. Le personnel a réalisé d'ailleurs que les sessions en personne ayant lieu le vendredi soir sont beaucoup plus efficaces. De plus, l'enseignement en personne ajoute au caractère socialisant de la structure du programme. Par ailleurs, le programme **Deakin** de formation à distance, jadis présenté avec une documentation sur papier, a été transposé vers une présentation en mode WEB/CT. La version en cédérom/ppt de ce programme présenté serait plus difficile à manier, notamment en raison des voix hors champ. Elle fait notamment appel à la téléconférence au lieu des groupes de discussion en ligne, mais ce processus ajoute de la souplesse à la formule. Il appert donc que la formule « en ligne » ne soit pas nécessairement la seule manière de faire de la formation à distance dans ce cas. En dernière analyse, l'on observe que « la plupart des professeurs sont habitués aux classes offrant un contact personnel avec les étudiants », et que ce ne sont pas tous les conférenciers qui sont à l'aise avec la formule de formation à distance sur internet.

<sup>24</sup> Les frais d'inscription au programme MPHe sont d'environ £3 700.

<sup>25</sup> Fait partie de leur faculté de médecine

**Johns Hopkins** propose également des programmes en mode formation à distance, mais là encore le personnel enseignant estime que ce n'est pas nécessairement une formule aussi prometteuse que l'on donne à penser. JH a notamment connu certains pépins techniques (et aussi en termes d'horaires) lors de la conversion de certains cours à la formule de formation à distance. Le corps enseignant estime que cette formule semble mieux adaptée à la présentation de cours dont le contenu ne change pas tellement avec le temps, par exemple en ce qui a trait au cours *Epidemiology Basics* et au cours *History of Public Health*. En outre, l'on observe un plafonnement du nombre d'inscriptions aux cours ainsi qu'aux programmes offerts en mode formation à distance, la croissance y étant presque nulle. Aussi, cette formule d'enseignement répugne carrément certains professeurs. Ils estiment que cela occasionne beaucoup de problèmes, surtout en raison de l'accès aléatoire des étudiants aux professeurs. L'on comprend que la formation à distance puisse être un moyen utile pour l'apprentissage en mi-carrière, lorsque l'étudiant ne peut vraiment pas s'absenter de son travail, mais certains professeurs estiment qu'il s'agit d'une formule qui n'offre pas un enseignement de qualité dans son ensemble, comparativement à la méthode traditionnelle en présence les uns des autres. Le meilleur compromis pourrait être la formule mixte, comportant une partie du cours en enseignement par formation à distance complété par une session estivale de cours à Baltimore.

À l'université de **Waterloo**, l'on observe qu'il est particulièrement difficile d'évaluer les étudiants suivant un programme en mode formation à distance et qui sont présents sur place au début pendant une période de seulement deux semaines, ne donnant au personnel enseignant l'occasion d'évaluer que très sommairement les forces et les faiblesses de chaque étudiant. Puis on ne les revoit pas avant leur retour sur le campus pendant les dernières quatre semaines du programme afin de participer à des projets destinés à vérifier leur sens de la collaboration et d'autres aptitudes au travail en équipe, en plus des acquis de leurs apprentissages.

Il convient par ailleurs de souligner que le **Memorial University of Newfoundland (MUN)** est un chef de file dans la mise au point de la technologie de la formation à distance depuis plus de 30 années déjà. L'équipe du service Distance Education and Learning Technologies continue à offrir à des étudiants dans le monde entier des solutions à la fine pointe au soutien de la prestation de cours personnalisés<sup>26</sup> et aussi de programmes complets menant à l'obtention d'un diplôme.

**5. ALORS, LA FORMATION À DISTANCE EN VAUT-ELLE LA CHANDELLE ?** En fait, selon ce que Nevis a pu savoir en consultant des observateurs chevronnés du domaine de la santé publique à Washington, la formation à distance en tant qu'outil d'apprentissage dans le secteur de la santé publique ne connaît pas un grand essor présentement, sauf une légère croissance du côté de certains cours particuliers. Par exemple, les cours en formation à distance dans le cadre de la formation continue des employés des unités locales de santé publique aux États-Unis fonctionnent bien, notamment en raison du fait qu'ils sont complétés par des rencontres en personne avec les étudiants afin de renforcer les compétences culturelles qui sont particulièrement nécessaires de nos jours pour intervenir de manière efficace en première ligne.

À l'origine, l'université **Lakehead** n'avait pas prévu recourir à la formation à distance pour offrir ses programmes. Mais dès le lancement de son programme en MSP il y a trois ans, son enseignement par le truchement de la formation à distance a été plébiscité par les gens résidant dans les régions plus au Nord. Au début, le personnel enseignant était plutôt mal à l'aise avec le recours à cette formule, alors que la plupart des professeurs préfèrent enseigner à des personnes qui sont présents avec eux en salle de classe. Les qualificatifs employés à l'égard de cette formule d'enseignement varient de « merveilleuse » à « incohérente ». L'université est la première université canadienne à offrir la formation à distance, mais elle n'offre pas d'attestation des études à cet égard, jusqu'à maintenant.

---

<sup>26</sup> Y compris des cours dans le cadre du programme de sciences infirmières offert par l'université.

La faculté de sciences infirmières de **McMaster (McMaster School of Nursing)** a connu des ratés avec sa formule de formation à distance dès le début, alors que la technologie a flanché et le nombre d'étudiants inscrits à sa première classe fonctionnant selon ce mode d'apprentissage est vite passé de dix à deux après seulement deux ou trois semaines. L'on organise maintenant une séance d'information d'une journée sur le campus de l'université afin de bien communiquer aux étudiants participant au programme selon ce mode d'apprentissage les rudiments de l'interaction requise sur internet. Cette manière de procéder permet également aux étudiants d'une même classe virtuelle de se rencontrer en personne, ce qui constitue un autre avantage de cette initiative. L'on a observé un plus haut degré d'interaction avec les autres participants depuis que l'on a instauré ce système des séances d'information dès le début d'une session.

La majorité des professeurs interrogés ne semblaient pas particulièrement en faveur de la formule de la formation à distance; il leur apparaît que cette formule exige que l'on y consacre trop de temps, au plan de la préparation, du soutien et de la maintenance des programmes proposés. Par contre, il est vrai que cette formule peut permettre de satisfaire les besoins des étudiants en milieu éloigné, à l'étranger ou non, en y consacrant très peu de frais fixes. Cela pourrait même s'avérer une formule très rentable. **Peut-être que ces occasions qui se présentent seront saisies au bond par des entreprises novatrices qui proposeront aux universités et aux grandes écoles de les soulager du fardeau technique et opérationnel de cette formule par ailleurs prometteuse.**

**6. PROGRAMMES À HORAIRE SOUPLE :** La formule des programmes à horaire souple (à temps partiel) permet aux étudiants de choisir leur horaire dans le cadre d'un programme d'études essentiellement constitué de cours didactiques, leur offrant la souplesse voulue pour favoriser la conciliation travail/études. L'horaire peut être organisé de manière à satisfaire les besoins de l'étudiant de semaine en semaine, et peut notamment être complété par des plages horaires en fin de semaine, regroupant alors une partie de la matière, ou encore durant l'été, permettant de regrouper des volets plus considérables de la matière. La plupart des universités offrent également cette formule dans le cadre de leurs programmes d'études supérieurs à temps complet.

**L'Université de Toronto** planifie le lancement d'un nouveau programme à temps partiel menant à un diplôme de maîtrise, *Master of Applied Health Science*, faisant appel à ses ressources à l'interne afin de présenter des modules de formation à la pratique en santé publique et en compétences de leadership, en prévention et en traitement des blessures, et en contrôle d'infections. Ce programme à horaire souple offrant une formation pratique serait proposé pendant six semaines au printemps et six semaines l'automne tous les ans.

Parmi les autres innovations dans les cartons de l'université de Toronto, signalons le lancement prochain du **Global Health Summer Institute**, dont les activités doivent commencer dès l'été 2006. Au départ, l'on proposera des cours de formation continue sur une période relativement courte et des attestations d'études, pour ensuite y arrimer un **programme d'études à la MSP**<sup>27</sup> proposé en blocs d'études à horaire souple à l'intention de praticiens en santé publique chevronnés, et ce à compter de l'été 2007 ou 2008.

**7. L'APPRENTISSAGE EN ÉQUIPE :** À l'université **Lakehead**, certains cours sont présentés uniquement selon la formule de formation à distance, et donc tout le matériel didactique est présenté en format numérisé texte, audio ou vidéo. De plus, les conférences sont transmises via l'internet en

---

<sup>27</sup> Été 1 : Quatre cours, enseignés dans un bloc de 4 semaines; Automne/Hiver : deux cour/travaux sur le terrain, travaux pratiques en formation à distance; Été 2 : Quatre cours, enseignés dans un bloc de 4 semaines.

diffusion numérisée (*webcasting*) par la méthode des salles de classe virtuelles. Par ailleurs, les salles de classe régulières situées sur le campus de l'université sont aménagées de manière à ce que le professeur puisse à la fois enseigner aux étudiants qui sont effectivement présents en classe devant lui ou elle en même temps que le cours est transmis aux étudiants qui y assistent à distance, lesquels peuvent également participer au cours donné en classe en posant verbalement des questions ou en formulant ses commentaires par écrit à la manière d'une séance de *chat* en ligne, les observations de l'étudiant apparaissant alors en vignette défilant au bas de l'écran du professeur.

Les étudiants sont regroupés en équipes durant la majeure partie de leur participation au cours à distance. L'université Lakehead a relevé que malgré le fait que bon nombre de ses étudiants ne se soient jamais rencontrés en personne, ils réussissent néanmoins à former des liens professionnels et personnels étroits. L'on travaille présentement à améliorer la qualité de l'image, laquelle est médiocre parfois, et à augmenter le nombre de participants à distance au cours d'une même séance.

**8. L'APPRENTISSAGE PAR LA RÉOLUTION DE PROBLÈMES (PBL – PROBLEM-BASED LEARNING) :** Vers la fin des années '60, la faculté de médecine de l'université McMaster a créé un milieu d'apprentissage constitué de petits groupes d'étudiants, autogérés, interdépendants, travaillant en coopération et procédant à leur autoévaluation, l'apprentissage se faisant par la résolution de problèmes. Cette approche a été instituée afin d'intégrer les plus récentes techniques d'apprentissage, particulièrement les méthodes de nature métacognitive<sup>28</sup> et d'apprentissage en profondeur. Les principes sous-jacents à la méthode PBL demeurent sensiblement les mêmes aujourd'hui qu'à l'époque, et cette méthode n'est pas considérée comme étant une innovation en soi. Toutefois, l'innovation au plan de la PBL de nos jours réside dans la manière avec laquelle cette méthode est employée en pratique en petits groupes ou en groupes de taille plus importante.

Par exemple, l'université McMaster continue d'appliquer cette méthode d'apprentissage dans plusieurs contextes, notamment en présentant des mises en situation et des simulations dans le cadre de divers programmes d'études en santé publique, le rôle des patients étant tenus par des acteurs jouant selon le scénario prédéterminé, soit illustrant des situations familiales tendues, etc. Les simulations servent notamment dans le cadre d'examen de contrôle des connaissances, connus sous l'appellation « Examens cliniques objectifs structurés », ou ECOS (*Objective Structure Clinical Exams - OSCE*), une technique d'évaluation répandue dans divers domaines de nos jours. Les candidats passent d'un scénario à un autre, y appliquant et démontrant, en principe, leurs connaissances, leur expertise et leurs aptitudes à la résolution de problèmes. Une sonnette résonne pour indiquer qu'il faut passer au prochain scénario problématique.

La méthode PBL présente cependant un problème persistant, celui consistant à y rallier les étudiants qui y participent, <sup>29</sup> surtout au niveau des étudiants au premier cycle. Malgré le fait que les étudiants admettent généralement qu'ils apprennent bien la matière enseignée par cette méthode, ils sont souvent mal à l'aise avec la mécanique de cette technique. La principale source de cet inconfort semble résider dans l'incertitude qui se manifeste chez l'étudiant qui cherche savoir comment il ou elle doit agir pour réussir dans cet environnement d'apprentissage qui lui est étranger. Ils savent intuitivement comment réussir lorsque le contenu du programme leur est présenté avant de devoir résoudre des problèmes par la suite. Mais selon la méthode PBL, l'étudiant est confronté tout

---

<sup>28</sup> Le processus métacognitif favorise l'apprentissage en guidant les schèmes de pensée de l'étudiant et en aidant le sujet à entreprendre une voie d'action réfléchie à mesure qu'il ou elle réfléchit à la problématique, prend des décisions, ou cherche à mieux comprendre une situation ou un texte.

<sup>29</sup> Learning & Teaching Centre - University of Victoria: *Currents*, vol 2, n° 2 - mars 2005

d'abord à un scénario présentant des problématiques multiples, et il doit alors décortiquer la situation pour y découvrir les objectifs de l'apprentissage, et donc le contenu du cours, ce qui lui permettra par la suite de résoudre les diverses problématiques qui lui sont présentées. Cette approche est susceptible de déstabiliser les étudiants qui sont davantage à l'aise dans un environnement d'apprentissage passif, à l'écoute du professeur et se fondant au milieu environnant. Les professeurs rompus à cette méthode préconisent son introduction graduelle aux étudiants de premier cycle, pour ensuite les y exposer plus régulièrement dans le cadre d'un programme d'études supérieures.

À l'université Simon Fraser, l'on n'est pas particulièrement enclin à employer des méthodes d'enseignement faisant appel à des techniques de résolution des problèmes ou à la résolution de cas pratiques. Cette méthode semble bien réussir auprès d'autres universités, mais à SFU l'on trouve que cela taxe indûment le temps du corps professoral. L'on y affirme que cette méthode s'est révélée particulièrement exigeante au plan de la disponibilité exigée d'un grand nombre de formateurs à la fois devant présenter à plusieurs reprises des scénarios truffés de problèmes, alors que les mêmes connaissances peuvent être transmises beaucoup plus rapidement par un seul formateur en employant des méthodes plus conventionnelles.

À l'université Cambridge, selon la matière enseignée, l'on estime que les opinions sont partagées au Royaume-Uni à cet égard, à savoir si cette méthode permet effectivement de « livrer la marchandise » mieux qu'en faisant appel aux méthodes d'enseignement traditionnelles. Mais peut-être qu'il y a lieu de se demander si ce qui est apparu satisfaisant aux yeux d'Oliver Cromwell, de John Milton et de Charles Darwin ne devrait-il pas être jugé au moins aussi satisfaisant pour les étudiants en santé publique fréquentant les institutions de haut savoir de nos jours.

Il appert, par contre, que l'on est particulièrement heureux de l'utilisation de la méthode PBL à l'université du Delaware, laquelle la met en pratique assidûment depuis les années 1990. Le corps professoral affirme<sup>30</sup> que les professeurs se sont rarement sentis aussi valorisés dans leur rôle d'enseignant et ont rarement vu autant de motivation et de participation chez leurs étudiants depuis l'introduction de cette méthode. John Cavanaugh, vice-recteur rattaché au service Academic Programs and Planning de l'université du Delaware insiste pour dire que « le temps du cavalier seul est révolu; dans le monde d'aujourd'hui, il faut travailler ensemble, en collaboration les uns avec les autres », et c'est ce qui explique cet engouement envers la méthode PBL, à son avis.

**9. DEUX INITIATIVES NOVATRICES AU NIVEAU DU PERSONNEL ENSEIGNANT :** Des professeurs embauchés suivant un principe de « travail partagé » ont récemment joint les rangs du corps professoral enseignant le programme menant à la MSP de l'université Waterloo. Leur temps de travail est effectivement partagé entre la présentation de cours au niveau de la MSP et de l'enseignement consacré à diverses matières dans d'autres départements, notamment en mathématiques et en statistique. Les coûts liés à leur salaire sont partagés en fonction de ces affectations.

**L'université Lakehead**, à Thunder Bay, et **l'Université Laurentienne**, à Sudbury, ont conjointement ouvert, en septembre 2005, l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO)<sup>31</sup>. Le corps professoral appuie avec enthousiasme les activités en santé publique ayant lieu dans les deux universités. Tous les professeurs de l'école de médecine peuvent également devenir membres associés du département de santé publique, puisque plusieurs des spécialités en médecine sont les mêmes que celles dans les disciplines enseignées au département de santé publique.

---

<sup>30</sup> National Teaching & Learning Forum - décembre 1998/ vol. 8, n° 1.

<sup>31</sup> La plus récente des écoles de médecine fondées en Ontario depuis les 30 dernières années.

## 2.5 COOPÉRATION INTER-UNIVERSITAIRE

**1. DIPLÔMES CONJOINTS :** Dans le cadre de cette étude, les diplômes conjoints constituent des programmes de diplôme unique, comme la MSP, délivrés collectivement par plusieurs universités – en partie par mesure d'économie dans la foulée des coupures gouvernementales et en partie pour permettre aux étudiants l'accès à toute l'étendue intellectuelle et expérimentale de plus d'une faculté pendant au moins une partie du programme. Cette démarche est déjà intégrée au système universitaire américain de même qu'à celui des états australiens de Victoria et Queensland.

### **Le Victorian Consortium for Public Health (VCPH)**

Le VCPH a été fondé en 1993 afin d'offrir un diplôme unique en MSP dans l'état de Victoria. Les étudiants s'inscrivent dans l'une des facultés partenaires suivantes :

Faculty of Health and Behavioural Sciences, Deakin University;  
School of Public Health, La Trobe University;  
School of Population Health, University of Melbourne; ou au  
Department of Epidemiology and Preventive Medicine, Monash University.

Chaque université donne deux cours de la Partie 1 du programme, cours dispensés dans des locaux communs. Les étudiants bénéficient de l'occasion de toucher à un vaste éventail de sujets du domaine de la santé publique, de même que de l'apport et de l'expérience de leurs collègues étudiants au cours de la Partie 1. La Partie 2 se déroule à leur propre université, dont les cours reflètent les forces de la recherche de cette école et l'expérience de sa faculté. Il y avait 435 inscrits en MSP au VCPH en 2004.

Cette approche fonctionne bien dans les situations inhabituelles qui voient les quatre universités de la même ville dispenser des cours en santé publique. Pareil consortium serait envisageable pour la région du Sud de l'Ontario bien que cela entraînerait certainement de plus longs déplacements.

Les représentants d'au moins une université canadienne maintiennent qu'un diplôme conjoint en santé publique est une bonne chose dans la mesure où il n'excède pas le cadre provincial – et est offert idéalement dans une seule ville. Une région trop vaste réduit la souplesse du programme et impose aux étudiants et à la faculté le poids supplémentaire du voyage. Ils reconnaissent eux aussi les avantages économiques pour la faculté et la capacité du programme à dispenser son vaste éventail d'ondes de forces dans tout le domaine de la santé publique – plutôt que les simples spécialités d'une seule université. Ils font aussi remarquer, cependant, le défi immense que représente la mise en place de la structure du programme et, ensuite, le maintien d'une haute qualité. De plus, là où plusieurs institutions et leurs directions doivent mettre la main à la pâte, l'accréditation du programme peut être plus difficile à obtenir.

Les diplômes conjoints commencent à faire leur apparition sur la scène internationale. Des participants incluent le nouveau département en santé publique de l'Université de Toronto cherchant à mettre au point des **Four Seasons Institutes**<sup>32</sup> pour 2008 en partenariat avec des universités étrangères en Chine (Shanghai) et au Moyen-Orient, au début, puis englobant des universités indiennes, africaines et sud-américaines. Tentant de débiter un peu plus tôt, la nouvelle **Public Health Faculty** de l'université Simon Fraser prévoit de participer aux programmes de diplômes

---

<sup>32</sup> Ainsi nommés parce qu'ils dispenseront des programmes et des activités semblables au Toronto Summer Institute, mais toute l'année sur le plan international.

conjointes que la SFU (Simon Fraser University) a déjà établi en Chine comprenant un contenu de 50/50 du programme et un échange d'étudiants sur la base de 50/50.

**L'université Portland State** a créé un précédent en devenant le premier centre académique de santé coopératif il y a 11 ans. Le Health Board de l'Oregon a établi qu'il n'existerait qu'un seul diplôme en MSP dans cet état et qu'il s'agirait de celui qui correspond aux besoins régionaux en santé publique. L'offre d'emploi régional s'avéra une excellente idée, nécessitant la collaboration de trois universités de l'État – l'Oregon Health & Science University, l'Oregon State University et la Portland State University. La MSP qui en découle comprend une formation poussée en santé publique et des cours spécialisés offerts par les trois universités participantes. En vigueur en 1994, avec l'accréditation du CEPH, le programme devrait être reporté en 2005.

L'Australie songerait sérieusement à mettre en place un **programme national de MSP** pour remplacer l'éventail de diplômes offerts à travers le pays. Ces discussions font suite à un projet pilote PHERP visant à intégrer la dispense sur le Web à l'échelle nationale de cours essentiels en MSP, en collaboration avec des partenaires académiques comprenant l'University of Sydney, la Flinders University et l'University of Newcastle.

**2. DIPLÔMES JUMELÉS :** Il est possible de créer des diplômes jumelés comme la MSP/Droit au sein d'une université ou en partenariat avec une autre (rarement plus de deux) institution. Les praticiens en santé publique estiment qu'ils ont de plus en plus besoin d'approfondir un éventail toujours plus grand d'activités, de sorte que les diplômes jumelés pourraient adjoindre une MSP à un MBA ou à des diplômes dans des disciplines pertinentes comme l'éthique, le droit et l'économie de la santé. D'autres sujets pourraient parfois se greffer à titre de modules à la MSP. Il y aurait de la sorte étude moins approfondie des cours auxiliaires, mais cela permettrait d'économiser le temps qu'il faut pour compléter deux diplômes d'études supérieures.

Les diplômes jumelés ont certainement la cote à l'Université de Calgary. Ils sont perçus comme la solution aux besoins sans cesse plus criants en santé publique de personnes qui possèdent la formation de diplômés en droit ou en gestion, par exemple, tout en reconnaissant que ces diplômés seront d'autant plus efficaces qu'ils comprennent bien le domaine de la santé publique. Il y aura économie de coûts et de temps pour les étudiants aussi, qui n'auront pas à obtenir deux diplômes séparés en deux étapes, encore plus si les programmes conjoints sont fournis par la même université.

L'université La Trobe offre un diplôme jumelé en Santé publique/Droit. Le programme comprend l'envoi de stagiaires juridiques pour qu'ils y travaillent au sein d'agences de santé publique et l'assignation à des postes outre-mer comme de travailler sur la législation relative au VIH/SIDA en Papouasie, Nouvelle Guinée. Le Victorian Consortium propose aussi des MSP aux étudiants autochtones, de même qu'une MSP centrée sur la santé communautaire des aînés.

Par contre, il se peut que l'accès aux diplômes jumelés soit limité par les limites de la gestion quand il s'agit de faire fonctionner les programmes bâtis à partir de disciplines et d'organismes différents avec cohésion. On dit que la LSHTM, par exemple, a annulé le programme de MSc en Health Policy Planning and Financing avec la célèbre London School of Economics, à la suite de divergences dans les méthodes d'enseignement et dans les types de gestion des cours. Cependant, le programme plaisait beaucoup aux étudiants. Nevis croit que la LSE offre toujours des cours en économie pour les médecins communautaires et les praticiens en santé publique.

Les diplômes jumelés offerts actuellement à Johns Hopkins qui suivent donnent un bon exemple d'innovation bien pensée :

#### MSP/DJ

La School of Public Health, en collaboration avec la Georgetown University Law Center, offre un programme de diplôme double en droit et en santé publique. Les étudiants inscrits au programme reçoivent un diplôme de Juris Doctor de Georgetown et une maîtrise en santé publique de Johns Hopkins. Le programme conjoint porte sur un total de quatre années de cours incluant une session d'été.

#### MSP/MBA

La School of Public Health et la Johns Hopkins School of Professional Studies in Business and Education (SPSBE) offrent un cours à temps plein d'une durée de 18 mois qui donne droit à une maîtrise en santé publique et une maîtrise en administration

#### MSP/MSN

La Johns Hopkins University School of Nursing et la School of Public Health offre une maîtrise double en santé publique et en soins infirmiers. Le programme d'étude à temps plein d'une durée de 18 mois a été conçu précisément pour les infirmières qui cherchent à lier leurs activités cliniques et de gestion à la santé publique.

#### MPH/MTS (Maîtrise en travail social)

La School of Public Health et l'University of Maryland School of Social Work (UMSSW) offrent un programme double MSP/MTS qui procure aux étudiants la connaissance et les compétences qui leur permettront de devenir des praticiens efficaces et des leaders dans les agences et les milieux de santé.

*Extrait du JHSPH Prospectus 2005/06*

Un autre diplôme populaire et rendu largement disponible aux États-Unis est la MD/MSP, conçu pour les étudiants formés en médecine destinés à devenir des leaders en santé publique. Bien connu, le programme de Stanford/UC Berkeley MD/MPH en santé communautaire et service publique comprend aussi un projet de longue durée, de deux à cinq ans sur le terrain. Les exigences pour l'obtention des deux diplômes peuvent être satisfaites en cinq ans. Un étudiant récent a déclaré qu'il avait pris une MSP tout en faisant sa médecine parce qu'« il avait senti le besoin d'élargir ses vues sur la santé publique »<sup>33</sup>.

**3. COLLABORATION INTER-INSTITUTIONNELLE :** LA LSHTM collabore avec d'autres institutions (et au sein de l'University of London) dans **l'échange de modules de cours** qui l'aide à compenser dans les domaines dans lesquels la LSHTM n'est pas très forte – comme les sciences sociales, le droit de la santé, la statistique et autres.

Les responsables de l'University of Hawaii aimeraient obtenir plus de collaboration entre les universités relativement au matériel de cours, aux modules d'enseignement et à d'autres ressources. Ils représentent une petite école et la collaboration leur permettrait de créer de meilleurs programmes de MSP sans avoir à accroître leur faculté. Ils accueillent de nos jours de nombreux jeunes et brillants étudiants mais qui sont dénués de formation en santé publique – alors qu'il y a dix ans, la plupart des nouveaux étudiants étaient plus susceptibles d'être des praticiens en santé publique à mi-carrière.

Une rencontre a eu lieu en mars 2004 entre les universités d'Alberta, du Manitoba et de la Saskatchewan afin de discuter du partage de la formation en santé publique – la mouvance des étudiants, le contenu de cours sur le Web, etc. – plutôt comme le programme existant inclus dans le

---

<sup>33</sup> Matt Mendenhall - Stanford School of Medicine Class of 2006, MPH Berkeley, 2004.

*Western Canadian Deans Agreement* <sup>34</sup>. Ce groupe a aussi tenu une réunion afin de débattre de collaboration à un MSP conjoint. À ce jour, il n'y a pas eu de résultats puisque les participants, dit-on, « ne regardaient pas tous dans la même direction ». Ils travaillent aussi avec le Centre for Coastal Health à but non lucratif dirigé par le docteur Craig Stephen à Nanaimo, CB, spécialiste des interactions de la santé humaine, animale et environnementale. Cette intéressante innovation est liée au Western College of Veterinary Medicine.

**PROGRAMME DE RECHERCHE, ÉDUCATION ET DÉVELOPPEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE  
(PUBLIC HEALTH RESEARCH, EDUCATION AND DEVELOPMENT PROGRAM [PHRED])**

Lorsque le PHRED (connu sous l'appellation THU [*Teaching Health Unit* (Unité d'enseignement en santé publique)] jusqu'en 1996) est apparu sur la scène dans le milieu des années 1980, il s'agissait sans doute d'une innovation unique dans le domaine de la santé publique au Canada et probablement dans le monde aussi. Les professionnels chargés de ce programme sont fréquemment consultés par leurs collègues oeuvrant à l'échelle provinciale, nationale ou internationale, car le programme PHRED instauré en Ontario est reconnu par tous pour l'innovation et le leadership qui le caractérisent. Dès 1983, le ministère de la Santé de l'Ontario a entériné le principe de la mise en place des unités d'enseignement en santé publique. L'objectif du programme est de favoriser un meilleur équilibre au sein du système de santé en renforçant ses composantes chargées des services de prévention et de la santé publique. En vertu du programme, l'on établit un partenariat formel entre une université et un centre de sciences de la santé, une direction de la santé et le ministère de la Santé de l'Ontario. <sup>35</sup>

En 1985, on a établi les deux premières unités d'enseignement en santé publique au sein des directions régionales de santé publique d'Ottawa-Carleton et de Hamilton-Wentworth. Par la suite, six autres THU ont vu le jour en Ontario : Kingston, Frontenac et Lennox-Addington; Middlesex-London; Sudbury et District; East York; North York; et Toronto.

Le programme des THU a été conçu dans une perspective de soutien à la pratique en santé publique en offrant une formation pratique aux professionnels de la santé publique et en favorisant la recherche en santé publique et son essor. <sup>36</sup>

Cinq de ces unités, aujourd'hui des PHRED, demeurent opérationnels, et sont engagés dans le processus de renouvellement de la santé publique. Leurs activités en cours comprennent leur participation au Effective Public Health Practice Project (Projet de pratique efficace en santé publique), au Core Competencies (Compétences essentielles) et à l'évaluation du Rapid Risk Factor Surveillance System (Système de surveillance rapide des facteurs de risque). Cependant, en raison d'une modification à la formule de financement de ces unités, exigeant dorénavant une contribution municipale, un climat d'incertitude s'est installé quant à leur financement et en a ralenti le développement, et le PHRED de Toronto a dû fermer.

<sup>34</sup> Les participants sont : l'université Athabasca, l'University of Alberta, l'université de Brandon, l'University of British Columbia, l'University of Calgary, l'University of Lethbridge, l'université du Manitoba, l'University of Northern British Columbia, l'University of Regina, l'University of Saskatchewan, l'université Simon Fraser, et l'University of Victoria.

<sup>35</sup> [http://www.phred-redsp.on.ca/about\\_phred/history.html](http://www.phred-redsp.on.ca/about_phred/history.html)

<sup>36</sup> [http://www.phred-redsp.on.ca/about\\_phred/history.html](http://www.phred-redsp.on.ca/about_phred/history.html)

Ces PHRED ou unités de santé enseignantes jouent en santé publique le rôle que jouent les centres hospitaliers en médecine clinique. Ils permettent à des médecins expérimentés en santé publique d'enseigner et possiblement de mener des recherches à l'université concernée tout en permettant aux étudiants de bénéficier de l'expérience de travailler dans une unité de santé publique régionale ou citadine. Commentaire tiré du rapport Naylor : « Ce concept de valeur devrait être adopté dans les villes canadiennes qui abritent les 16 facultés des sciences de la santé. Les « unités de santé enseignantes » sont essentielles si la santé publique veut attirer sa part de médecins, d'infirmières, d'épidémiologistes, de spécialistes en sciences sociales et autres travailleurs en santé publique »<sup>37</sup>. Il semblerait, par ailleurs, que Calgary et Saskatoon sont en train de mettre au point de nouvelles unités de santé publique enseignantes.

Il faut aussi noter que les départements de santé publique de Montréal, de la ville de Québec et de la Montérégie sont depuis longtemps affiliés à des centres universitaires et qu'ils servent de lieux de formation pour les résidents en médecine communautaire, les étudiants en médecine et les inscrits en maîtrise.

**4. L'ENSEIGNEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA VU PAR LES AMÉRICAINS :** La School of Public Health de Johns Hopkins tient à entretenir des liens plus étroits avec les responsables de l'enseignement en santé publique au Canada. Ces gens disent que leurs meilleurs professeurs sont canadiens et que certains de leurs meilleurs étudiants en politique de la santé le sont aussi.

Ils soutiennent que l'infrastructure canadienne en matière de santé publique demeure faible, en dépit de l'implantation d'une agence nationale de la santé publique – une opinion partagée, disent-ils, par un certain nombre d'étudiants canadiens à l'école. Ils pensent que nous avons besoin d'un meilleur enseignement ici afin de revivifier les programmes canadiens existants défaits – plutôt comme celui que JH a dispensé à Barcelone et à Taïwan. **JH cherche à faire équipe avec une université canadienne ou plus.** Ces gens voudraient offrir des cours à court terme (peut-être une session d'été) sur la politique et la gestion en matière de santé publique – ce dont la communauté des praticiens canadiens en santé publique aurait le plus besoin – selon eux.

#### **5. SURVOL OUTRE-MER :**

Johns Hopkins constate une baisse dans le nombre des étudiants d'outre-mer. Les hommes ont beaucoup de mal pour obtenir un visa d'étudiant depuis le 11 septembre (une occasion plus grande pour les universités canadiennes ?). JH va maintenant outre-mer pour dispenser des cours donnant droit au diplôme lorsque les étudiants ne peuvent pas venir à eux. Pendant ce temps, les étudiants de JH en MSP sont composés à 70 % de femmes et à 30 % d'hommes.

Comme nous l'avons vu, les étudiants d'outre-mer ont constitué une source de revenus supplémentaires bienvenue au Canada, aux USA, en Australie et au Royaume-Uni au cours des années. La menace du terrorisme global et de l'immigration non désirée a placé plus d'obstacles devant les étudiants étrangers qui souhaitent fréquenter des cours en Occident. Comme leur nombre diminue, les universités hôtes qui offrent des programmes de deuxième cycle en santé publique et en d'autres spécialités réagissent en instituant des cours DL mais aussi en s'installant outre-mer et recherchant des partenariats efficaces.

---

<sup>37</sup> Ibid: Section 7D, *A Public Health Human Resources Strategy*

Les universités australiennes ont été particulièrement actives, Monash ouvrant des campus en Malaisie et en Afrique du Sud tandis que l'Adelaide University mettait sur pied des partenariats avec le Sepang Institute of Technology près de Kuala Lumpur et le INTI College près de Port Dickson sur le détroit de Malacca. Pendant ce temps, au Royaume-Uni, l'University of Manchester a récemment mis deux partenariats outre-mer sur pied pour soutenir leur programme de MSP dans la riche région pétrolière du Golf. En **Arabie saoudite** et au **Qatar** ces gens ont fait équipe avec des représentants d'instituts capables d'aider à choisir des étudiants tout en fournissant un point de contact aux étudiants qui parlent aussi arabe. Les gens de l'université de **Manchester verraient d'un bon œil un partenariat avec une université canadienne qui leur permettrait d'étendre leurs activités en santé publique fondées sur l'expérience clinique en Amérique du Nord.**

À Simon Fraser l'enseignement international et la coopération sont importants. On y entreprend très peu de choses sans avoir d'abord jeté un coup d'œil sur les marchés d'outre-mer. Pour une Université de la côte ouest, la région Asie-Pacifique est la plus importante. Comme il a déjà été dit, la SFU offre des cours **conjointes avec la Chine**. Des étudiants chinois viennent à Vancouver et des Canadiens se rendent en Chine pour obtenir la moitié de leurs crédits. Puisque la mise en place de la faculté de santé publique constitue un investissement majeur à SFU, cette faculté sera sans doute un participant actif dans les activités internationales de l'université.

# Chapitre III : La mise en oeuvre des initiatives

## 3.1 LES COMPÉTENCES

**1. PAS VRAIMENT D'INNOVATION AU PLAN DES COMPÉTENCES :** Les compétences requises en santé publique sont connues depuis un certain temps déjà<sup>38</sup> et l'on ne peut véritablement affirmer qu'il y a eu innovation à ce chapitre. Au départ, il s'est agi d'une méthode normalisée visant à définir les compétences de base nécessaires au sein du réseau de la santé afin de pouvoir assurer la prestation à la population de certains services de santé publique relativement bien circonscrits. S'ensuivit l'élaboration d'exigences plus pointues au plan des compétences requises, notamment en ce qui a trait au nursing et autres services spécialisés tels l'épidémiologie, la génomique et la santé environnementale.

Ainsi, malgré le déficit d'innovation au plan des compétences, leur seule présence et le fait que l'on y ait recours de manière généralisé de nos jours sont en soi des éléments qui faciliteront l'émergence d'innovations à l'avenir. Par exemple, le CDC se félicite du recours sans cesse croissant que l'on fait des compétences reconnues à ce jour, puisqu'elle posent un défi intéressant aux professeurs qui devront réfléchir encore davantage à ce que les étudiants désirent vraiment acquérir au niveau des savoirs.

Or, cela ne suffit pas pour former des personnes vraiment performantes sur le terrain. Les établissements d'enseignement doivent préparer les étudiants à leur pratique professionnelle. À l'heure actuelle, les programmes d'études de premier cycle en santé publique de type communautaire ont tendance à être davantage axés vers la pratique, et cela signifie qu'il y a là une occasion idéale à saisir afin d'innover dans la conception et la présentation des programmes dans les facultés et grandes écoles de santé publique aux États-Unis, permettant de refermer l'écart entre la théorie et la pratique en santé publique tout en assurant une prestation plus cohérente des programmes. Les compétences apparaissent alors prendre une importance moins grande dans la formation continue des employés en santé publique dans les divers états, bien qu'au Montana et dans certains autres états l'on dispense les programmes de formation en vérifiant ensuite l'acquisition des compétences par les étudiants.

En réalité, l'une des principales raisons pour lesquelles le CDC observe un recours plus important aux compétences à titre de toile de fond des divers programmes de MSP offerts par les universités aux États-Unis est justement parce que les universités n'ont pas vraiment la liberté d'agir autrement, car le CEPH exige le recours aux compétences afin de démontrer que ces programmes respectent effectivement les normes prescrites en matière de santé publique. Toutefois, une certaine confusion s'est installée depuis que l'ASPH<sup>39</sup> a décidé de proposer un autre ensemble de compétences destinées à la pratique en santé publique, comprenant notamment diverses exigences de nature clinique, prétendument pour décourager l'inscription de candidats qui ne sont pas médecins. Les universités et les autres intervenants interviewés dans le cadre de la présente étude semblaient plutôt croire que les exigences en matière de compétences proposées par l'ASPH ne verraient jamais le jour.

**2. LA PLUPART DES UNIVERSITÉS NORD-AMÉRICAINES SOUSCRIVENT AUX EXIGENCES ACTUELLES EN MATIÈRE DE COMPÉTENCES :** Le corps professoral de la JHSPH semble plutôt heureux de pouvoir mettre de l'avant les compétences que l'on connaît. Il appert notamment que les principales fonctions accomplies en santé publique sont à juste titre jugées pertinentes au moment de mettre au point les contenus des cours offerts aux étudiants. Il s'agit également d'un outil précieux

---

<sup>38</sup> Notamment du CDC, lequel les ont rappelées dans le cadre de sa Public Health Work Force Strategy lancée en avril 2000.

<sup>39</sup> Association of Schools of Public Health

permettant de visualiser d'un seul coup les connaissances que les étudiants doivent acquérir dans le domaine de la santé publique. Un des professeurs a notamment précisé que l'attrait de ses cours pour ses étudiants résidait sans doute dans le fait qu'ils ont été conçus dans el dessein précis de leur transmettre les compétences de base requises.

Les responsables des universités canadiennes interviewés dans le cadre de l'étude ont également affirmé appuyer le principe des compétences de base en santé publique, surtout lorsqu'elles font l'objet d'un consensus entre l'université et les employeurs et qu'elles guident le processus de mise au point des programmes ou des cours en santé publique qui seront offerts à leurs étudiants. L'université de Waterloo a indiqué avoir conçu son programme de MSP en s'inspirant de l'ensemble des compétences proposé par le groupe de travail conjoint constitué à cette fin, dans le cadre de leur récent exercice d'élaboration des contenus, mais elle estime du même souffle qu'il reste encore fort à faire à cet égard.

**3. BESOIN D'INNOVATION DANS LA MESURE DES COMPÉTENCES :** L'université de Waterloo souligne les défis énormes que pose la mesure des compétences. Puisque la raison d'être d'un programme consiste essentiellement à transmettre des compétences et des aptitudes, il importe que les universités mettent au point les tests, les examens et les autres outils d'évaluation permettant de vérifier si les étudiants ont effectivement assimilé les compétences transmises par l'enseignement. Cet exercice n'est pas une sinécure. Il est relativement facile de dresser une liste d'une cinquantaine de compétences souhaitables, mais le vocabulaire employé pour les décrire ne se prête pas nécessairement aussi facilement à la vérification des éléments requis. Ce qui fait en sorte que l'évaluation des compétences des étudiants devient assez souvent un exercice plutôt nébuleux. De toute évidence, aucune université ne peut prétendre enseigner toutes les compétences requises; inversement, il est impossible de concevoir des méthodes permettant de vérifier toutes les compétences acquises. D'où le mérite de vouloir mandater un organisme d'accréditation afin qu'elle évalue les universités, le personnel enseignant et les programmes d'études à la MSP, à titre d'exemple, et qui pourrait ensuite décerner une accréditation ou la retenir, selon le cas, en fonction des conclusions de son évaluation de ces divers éléments, suivant en cela sensiblement le modèle instauré par le CEPH.

Aux États-Unis, d'aucuns conviennent qu'il puisse être difficile de mesurer les compétences des étudiants, d'autant plus que certaines des compétences de base pour l'obtention d'une MSP peuvent comporter des éléments particulièrement subjectifs. Il convient donc d'applaudir l'arrivée imminente en scène du NBPHE (National Board of PH Examiners)<sup>40</sup>, alors que cet organisme devrait en principe enregistrer l'accréditation de ses premiers postulants en 2007. Voilà certes une innovation digne de mention. Selon les informations recueillies, il appert que leur grille d'évaluation sera axée sur la pratique. Il faut cependant déplorer que l'organisme d'accréditation n'ait toutefois pas la faveur de l'ensemble de la communauté des intervenants en santé publique. Ainsi, les pouvoirs publics, tant au niveau des états que des administrations locales, ne disposent pas de budgets suffisants et voient donc d'un mauvais oeil le fait qu'un praticien en santé publique enregistré auprès de cet organisme pourrait effectivement exiger un salaire beaucoup plus élevé que les professionnels non enregistrés déjà à leur emploi. Par ailleurs, ils ne sont pas nécessairement convaincus que les titulaires d'une MSP possèdent les compétences qu'il leur faut pour exercer leur pratique en première ligne. Ce qui plus est, les cabinets d'experts-conseils et les entreprises de soins gérés s'accaparent déjà ces diplômés en leur offrant des salaires plus alléchants. Les facultés et grandes écoles appuient l'arrivée du NBPHE, alors que le CDC demeure en position d'attente à cet égard. L'on croit comprendre que si les états y donnent leur aval, le CDC ne tardera pas à suivre leur exemple.

---

<sup>40</sup> L'organisme est du même type que le National Board of Medical Examiners

Dans certaines universités américaines et britanniques, l'acquisition des compétences fait l'objet d'une autoévaluation. En principe, les gens n'aiment pas étaler leurs faiblesses au grand jour, en plus du fait qu'ils ne savent pas vraiment ... ce qu'ils ignorent ! Il est donc trop facile de dresser un portrait édulcoré de ses propres compétences et aptitudes. Il est alors impératif d'obtenir l'opinion de son supérieur immédiat à cet égard.

*Ron Bialek, Directeur exécutif - Public Health Foundation, Washington, DC.*

**4. ÉTABLIR SA PROPRE GRILLE DE COMPÉTENCES :** L'université de Toronto a établi deux grilles maison des compétences à acquérir par ses étudiants. L'une vise la santé publique dans son ensemble, alors que l'autre porte sur les compétences propres à l'épidémiologie. Les éléments proposés ont été transmis à l'Association des épidémiologistes en santé publique de l'Ontario pour obtenir ses commentaires à cet égard. Selon certains observateurs, les compétences en épidémiologie auront l'avantage d'être limpides, mais elles seront teintées par la conjoncture propre à l'Ontario. En effet, certaines unités d'intervention en santé publique ailleurs au Canada n'ont qu'un seul épidémiologiste en poste, alors que d'autres n'en ont aucun; partant, la description des compétences figurant à cette grille devra être adaptée afin de tenir compte des intervenants se trouvant dans des zones loin des grandes agglomérations. D'autre part, des professeurs sont d'avis que chaque discipline cherchera à s'arroger des avantages eu égard aux compétences lorsque viendra le temps d'en examiner la pertinence et de les entériner.

**5. RÉTICENCES OBSERVÉES AU CANADA :** L'université de l'Alberta ne manifeste pas un grand enthousiasme à l'égard de l'introduction d'exigences précises au sujet des compétences requises, bien qu'elle partage l'avis de l'université de la Saskatchewan quant à leur utilité aux seules fins de constituer le syllabus des programmes et de cerner les objectifs des divers apprentissages.

Pareillement, l'université de Montréal estime que la formulation de compétences peut être utile dans l'établissement du curriculum, mais ne leur voit aucune autre utilité. Signalons que le programme de maîtrise ès sciences en santé communautaire offert à l'université de Montréal est présentement le seul programme de maîtrise en santé publique non accrédité auprès du CEPH, bien que ce diplôme vise essentiellement l'acquisition des mêmes compétences que les autres. De fait, l'université de Montréal estime que son diplôme est supérieur à celui de la MSP, invoquant notamment sa grande souplesse manifestée par le fait que son programme offre trois concentrations distinctes : un volet recherche, un volet professionnel s'adressant aux individus ayant déjà oeuvré en santé publique, et un autre volet professionnel s'adressant aux individus n'ayant pas oeuvré en santé publique.

La grille des compétences de base déjà en place en nursing et sciences infirmières en ce qui se rapporte à la santé publique à l'échelle nationale sera bientôt mise à jour pour la deuxième fois depuis son établissement, alors que la grille propre à l'Ontario fera également l'objet d'une révision prochainement. Les écoles de nursing et de sciences infirmières s'entendent pour dire que les cibles établies au plan des compétences sont facilement atteignables, et qu'elles sont utiles aux fins de l'élaboration des syllabus. Elles estiment également utile que l'on offre un programme d'accréditation de leur spécialité en santé publique par l'entremise de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

**6. ENCORE MOINS D'ENTHOUSIASME OBSERVÉ EN AUSTRALIE :** Tel que mentionné précédemment, l'université La Trobe fonde peu de confiance à l'égard du régime d'établissement des compétences en santé publique en Australie, même quant aux vertus d'un tel régime aux fins de l'établissement des contenus de cours au niveau de la MSP. Le système est essentiellement tributaire, à son avis, de la présence d'emplois nécessitant des individus possédant des compétences moins

pointues (et non de ceux qui sont titulaires d'une MSP), notamment afin de combler les besoins au plan des problématiques occasionnées par la consommation excessive d'alcool ou de drogues, ou des besoins en matière de santé des Autochtones. Les responsables des programmes en santé publique de cette université sont d'avis qu'il faut établir une grille de compétences beaucoup plus généraliste, axée sur les besoins de la population. Certains secteurs des emplois en santé publique pourraient bénéficier de la grille des compétences telle qu'établie à l'heure actuelle, mais cela peut engendrer des effets pervers, notamment des attentes voulant que tous aient acquis les mêmes compétences, ce qui n'est pas vrai, dans la vraie vie, et pas nécessairement ce qui est souhaitable dans le contexte de la pratique en santé publique en première ligne.

Toutes les universités australiennes signalent se conformer aux exigences en regard des quelque 50 compétences exigées pour l'obtention d'une MSP, quant à la formation dispensée aux étudiants. Toutefois, comme partout ailleurs, il n'existe pas d'examen national visant l'enregistrement ou l'accréditation des diplômés en santé publique.

Il ressort de la revue du processus de conception d'un syllabus visant un nouveau programme d'études en santé publique qu'en dernière analyse, l'université enseignera les compétences au sujet desquelles les membres de son corps professoral ont acquis un certain niveau de connaissances.<sup>41</sup> Il existe un certain niveau intrinsèque de sensibilité du personnel enseignant d'une institution quant aux connaissances que doivent acquérir les étudiants dans les matières principales présentées dans son curriculum, qui ont d'ailleurs sans doute été enseignées depuis plusieurs années déjà. Les nouveaux cours seront conçus de manière à s'adapter à l'expertise dont on dispose à l'interne, sinon on embauchera d'autres professeurs afin de combler les lacunes. Ceci illustre bien comment ce système fonctionnait avant l'avènement des grilles de compétences, et comment il fonctionne toujours à l'intérieur d'autres disciplines, en génie notamment, à l'égard desquelles l'on fait peu de cas actuellement de l'utilisation des grilles de compétences.

---

<sup>41</sup> Serait-ce là l'une des raisons pouvant expliquer le peu d'attrait qu'exerce sur certains l'institution d'un programme pancanadien d'études menant à la MSP ?

## 3.2 ACCRÉDITATION ET ENREGISTREMENT

**1. INNOVER EN FORMANT DES PROFESSIONNELS NON MÉDECINS DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA :** La tradition veut que seuls les « professionnels » de la santé publique au Canada soient ceux qui la pratiquent après avoir obtenu un diplôme suivi d'une accréditation ou d'une licence professionnelle – comme les médecins et les infirmiers en santé communautaire. Actuellement, nous ne disposons ni d'un organisme national fournissant une accréditation aux diplômés de la santé publique des universités canadiennes, ni d'un organisme à charte qui accorde une licence à la suite un enregistrement professionnel des diplômés dans le domaine de la santé publique. Cependant, il existe un mouvement croissant, tant au Canada qu'au Royaume-Uni, qui reconnaît que l'accréditation et l'enregistrement des praticiens non médicaux en santé publique serait souhaitable. Ceux qui veillent à la santé publique de nos jours regroupent un grand nombre de spécialités<sup>42</sup> ne pouvant être fournies que par des individus hautement qualifiés qui normalement seraient reconnus en tant que professionnels s'ils pratiquaient une autre discipline. Inclure ces praticiens très en demande en tant que professionnels de la santé publique au même titre que leurs collègues possédant des qualifications médicales devrait être un premier pas visant à faire de la santé publique un objectif de carrière plus intéressant qu'il ne l'est actuellement pour un bon nombre d'individus.

En plus de ce système bien établi pour l'enregistrement des infirmiers, des **inspecteurs de la santé publique** (ou des agents/professionnels en hygiène de l'environnement comme on les appelle aujourd'hui) sont supervisés par un organisme de droit public au Canada dès 1934, lorsque l'Institut Canadien des inspecteurs de la santé publique fut incorporé sous une charte fédérale. Il n'existait alors aucun examen établi et les individus ne devenaient inspecteur qu'en servant d'apprenti sur le tas, tout en se consacrant à une étude approfondie du « Manuel pour les inspecteurs de la santé publique ». Un cours novateur par correspondance vit le jour un peu plus tard en 1942<sup>43</sup>.

De nos jours, les inspecteurs de la santé publique au Canada et les agents en hygiène de l'environnement (ISP/AHE), collectivement appelés les professionnels de la santé publique environnementale, sont regroupés sous l'égide de l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique (ICISP). L'ICISP procède à des certifications deux fois par année, lorsque les candidats ayant obtenu les qualifications académiques nécessaires et ayant suivi la formation pratique requise. Les examinateurs sont des professionnels de l'hygiène de l'environnement et de la santé publique en exercice. Cela assure une certaine constance des compétences pour ceux qui entrent dans la profession et permet à l'ICISP d'exercer un certain contrôle de l'admission à l'exercice de la profession dans ce domaine.

Des diplômes de 1<sup>er</sup> cycle en santé publique environnementale sont maintenant proposés dans cinq établissements – le baccalauréat en sciences appliquées de l'Université Ryerson, le baccalauréat en technologie (Santé environnementale) du BC Institute of Technology, le baccalauréat en technologie (Santé publique) du Cape Breton University à Sydney, le baccalauréat en sciences appliquées en santé et sciences environnementales du First Nations University of Canada de Regina, ainsi que le baccalauréat en sciences environnementales du Concordia University College de l'Alberta. Ces institutions offrent diverses modalités de diplomation : programmes en co-option, en accéléré, en formation à distance, etc.

---

<sup>42</sup> Tels que les GIS, les statistiques, l'analyse du risqué, la diététique, le sociologie et la gestion de la santé.

<sup>43</sup> Et a eu cours jusqu'à son annulation en 1958.

**2. ACCRÉDITATION DES ÉTATS-UNIS AU CANADA – UNE INNOVATION ?** Les diplômés canadiens en santé publique ont été reconnus par le CEPH jusqu'au milieu des années 30, lorsque les écoles de santé publique aux États-Unis sont devenues indépendantes des écoles de médecine. Plus récemment, dans les années 60 et 70, les écoles d'hygiène de McGill et de l'U de M ont également opté pour l'accréditation CEPH. Par contre, ce qui représente sans aucun doute une innovation récente, la MScCH de l'U de M a été accréditée par le CEPH en juin 2005<sup>44</sup>, après deux années de candidature et un « processus long et ardu ». L'Université de la Saskatchewan recherchera également une accréditation auprès du CEPH pour son programme de MSP d'ici trois ou cinq ans. Entre temps, ils encouragent vivement les examens d'accréditation professionnelle pour les diplômés en santé publique qui sont en poste depuis un certain temps.

**3. LE MODÈLE DU CEPH EST-IL BON POUR LE CANADA ?** Le CEPH a différentes catégories d'accréditation en fonction du type d'organisme d'enseignement. Les **écoles de santé publique** doivent avoir un statut indépendant<sup>45</sup> qui enseigne les cinq disciplines CEPH en santé publique et (depuis juin 2005), trois doctorats en santé publique. Les **programmes de 2<sup>e</sup> cycle en santé publique**, dispensés par les écoles de médecine non indépendantes, les universités, etc. n'ont pas à enseigner toutes les disciplines. Un doctorat n'est pas exigé pour une certification CEPH. Ces programmes sont en général enseignés suivant un horaire flexible, puisque de nombreux étudiants proviennent d'organismes de santé publique.

Ces deux types d'institutions doivent déclarer et démontrer les compétences qu'elles enseignent afin d'obtenir leur accréditation. Cependant, elles rencontrent toutes deux les mêmes compétences générales de différentes façons. C'est ainsi qu'il n'existe pas encore de MSP « normalisée » aux États-Unis. Les universités enseigneront toujours ce qui leur convient. Si leur participation est très active dans le domaine de la santé internationale, par exemple, les programmes de MSP s'orienteront inévitablement dans cette direction.

Cette problématique est actuellement à l'ordre du jour aux États-Unis. Le CDC fait état que certaines orientations ont été rédigées et distribuées pour commentaires. Des compétences essentielles ont été recommandées, dérivées des matières communes qui sont vraisemblablement enseignées par tous. Par la même occasion, il travaille dans le sens d'un modèle de certification nationale faisant intervenir des examens de la faculté. Comme nous l'avons remarqué plus haut, tout cela doit éventuellement « subir l'examen du marché » avant d'être accepté et adopté dans son ensemble aux États-Unis.

**4. ENREGISTREMENT DES SPÉCIALISTES EN SANTÉ PUBLIQUE AU ROYAUME-UNI :** Au cours de recherches portant sur la situation des travailleurs en santé publique au Royaume-Uni à la fin des années 90, le personnel du PHRU<sup>46</sup> a été étonné de découvrir qu'un certain nombre de postes senior de première ligne en santé publique du National Health Service (NHS) avaient été comblés par des médecins ayant une formation limitée en santé publique. Il était apparent qu'il y avait un besoin urgent d'établir un système d'enregistrement fondé sur des orientations bien établies et basées sur la compétence.

---

<sup>44</sup> Le programme de maîtrise en santé communautaire du département de médecine préventive de la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

<sup>45</sup> Indépendant d'une école de médecine et possédant son propre doyen, etc.

<sup>46</sup> Public Health Resource Unit

Le Tripartite Group<sup>47</sup> au Royaume-Uni a établi un registre volontaire pour les spécialistes de la santé publique, destiné à renforcer la confiance générale envers les praticiens de la santé publique au niveau supérieur du NHS par le biais d'une réglementation indépendante. L'idée est en voie d'être présentée au Director of Public Health (PCT)<sup>48</sup>. Son fonctionnement s'apparente à celui du General Medical Council (GMC), dans la mesure où le répertoire de spécialistes compétents en santé publique est présenté, et que ses membres sont passés en revue à intervalles réguliers afin d'assurer que leurs compétences soient à jour en plus de s'occuper de ceux qui ne rencontrent pas les normes requises.

Bien que l'enregistrement soit actuellement volontaire, l'objectif est qu'il devienne éventuellement un registre statutaire. Cet objectif est de veiller à ce que les spécialistes multidisciplinaires dans le domaine de la santé publique soient compétents et qu'ils possèdent les qualifications nécessaires. Ainsi, après une période transitoire d'enregistrement volontaire, il est prévu que le NHS aura normalement à son emploi que des spécialistes en santé publique figurant sur le registre. Ce registre s'adresse aux spécialistes des quatre pays membres du Royaume-Uni. Depuis mai 2005, le nombre de spécialistes enregistrés se chiffre à 50.

Le principe de base, c'est que quelles que soient les origines des spécialistes non médicaux, ils doivent tous partager des connaissances, des aptitudes et des expériences essentielles en santé publique. Ainsi, pour participer à ce processus d'enregistrement, ils doivent démontrer leurs compétences dans dix domaines clés de la santé publique<sup>49</sup>, énumérés ci-dessous, en soumettant un dossier de leurs réalisations pour évaluation :

- Surveillance et évaluation de la santé et du bien-être de la population
- Promouvoir et sauvegarder la santé et le bien-être de la population
- Développer la gestion de la qualité et du risque dans le cadre d'une culture évaluative
- Travailler de manière collaborative pour la santé
- Développer des programmes de santé et des services, tout en visant la réduction des inégalités
- Développement et implantation de politiques et de stratégies de développement
- Travailler avec et pour les communautés
- Leadership stratégique pour la santé
- Recherche et développement
- Gestion éthique de soi, des individus et des ressources

Les individus oeuvrant dans ce domaine et n'ayant pas de formation médicale s'inquiètent des attentes élevées au niveau des expériences vécues dans la protection de la santé qui risquent de ne pas avoir été acquises, par exemple, par un spécialiste chevronné en analyse des données médicales. De plus, les directeurs exécutifs non médicaux du NHS indiquent qu'ils n'ont vraiment pas le temps de suivre les cours qui serviraient à combler ces écarts. Il leur serait possible de prendre une semaine pour suivre un cours de recyclage en épidémiologie, cependant de consacrer plusieurs mois à l'acquisition de nouvelles compétences est hors de question pour plusieurs d'entre eux.

**5. QUE CELA VEUT-IL DIRE POUR LE CANADA ?** Au Canada, l'accréditation professionnelle relève des autorités provinciales<sup>50</sup>, cependant d'autres professions ont réussi à ingéier des normes

---

<sup>47</sup> Le *Multidisciplinary Public Health Forum*, la *Faculty of Public Health Medicine (FPHM)* et le *Royal Institute of Public Health*

<sup>48</sup> *Primary Care Trust*

<sup>49</sup> Mis sur pied au Royaume-Uni par la *Faculty of Public Health*

<sup>50</sup> En vertu du *Public Health Acts*, tous les officiers médicaux doivent être des médecins.

d'enregistrement national, de sorte qu'il devrait être possible de les reproduire dans le domaine de la santé publique.

Par exemple, le PHAC pourrait désirer faciliter le développement de la Faculté Canadienne des professionnels en santé publique (FCPSP), composée de 12 associations provinciales et territoriales, chargée à la fois de l'accréditation des programmes universitaires en santé publique et de l'enregistrement/accréditation des diplômés du 1<sup>er</sup> cycle après une période convenue de travaux pratiques sur le terrain<sup>51</sup>.

L'accréditation des institutions d'enseignement en santé publique et leurs programmes pourrait être entreprise par un Public Health Accreditation Board (PHAB) établi par la FCPSP, lequel pourrait aussi surveiller les équivalences du système d'accréditation du Canada par rapport à ceux des autres pays. De plus, le PHAB pourrait travailler étroitement avec les universités canadiennes afin d'assurer que les diplômés de programmes accrédités en SP possèdent les aptitudes pour devenir des membres productifs de la profession. Des accords pourraient être mis sur pied afin d'assurer l'accréditation des quelques membres antérieurs du CEPH.

Cela pourrait laisser de côté le défi de savoir comment l'accréditation d'une école de santé publique pourrait être différente de celle d'un département enseignant la santé publique/communautaire dans une école de médecine canadienne, et comment les connaissances en santé publique exigées à la fois de ceux qui ont obtenu une qualification médicale et des praticiens non médicaux voulant ainsi intégrer la profession de la santé publique pourraient être évaluées et reconnues. Profiter de l'expérience du Royaume-Uni pour résoudre cette dernière question, plus exigeante, serait peut-être souhaitable.

Il est intéressant d'observer que le système de santé publique du Royaume-Uni est dirigé en grande partie par des non médecins hautement qualifiés, alors qu'au Canada on se soucie du fait qu'un nombre grandissant de nos postes d'officier médical de la santé soient occupés par des médecins ayant pas ou peu de formation en santé publique. Il s'agit là du même problème qui a amené le Royaume-Uni à adopter le système actuel d'enregistrement des professionnels en santé publique.

---

<sup>51</sup> Environ trois ans.

### 3.3 LES GRANDES ÉCOLES DE SANTÉ PUBLIQUE

#### À PROPOS, QU'EST-CE QU'UNE GRANDE ÉCOLE CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Personne ne saurait dire, car à présent il n'en existe aucune. Aux États-Unis, les grandes écoles de santé publique sont en général des institutions à part entière vouées à l'enseignement et à la recherche en santé publique au sein d'une université plus importante qui souvent dispose d'une école de médecine indépendante – Harvard et John Hopkins en sont des exemples bien connus. Les grandes écoles de santé publique en Australie sont en général des organismes autonomes dans des universités ne possédant pas d'école de médecine. Elles ont tendance à s'intéresser beaucoup plus à la pratique et leurs facultés sont moins bien nanties en termes de médecine.

Au Royaume-Uni et au Canada, l'enseignement de la santé publique relève en grande partie de départements des facultés de médecine et des écoles de sciences infirmières.

**1. LES GRANDES ÉCOLES DE SANTÉ PUBLIQUE SERONT ESSENTIELLEMENT UNE IDÉE NOVATRICE AU CANADA - LORSQU'ELLES SERONT MISES SUR PIED :** Un nombre croissant d'universités canadiennes se dotent de programmes de maîtrise en santé publique (MSP) et se proposent de mettre sur pied des écoles de santé publique dans les années à venir. Actuellement, il est encore trop tôt pour savoir quelles seront les premières, mais les fonds paraissent abondants et disponibles, les facultés ont été constituées et les bâtiments alloués ou les fondations ont été posées. Voici passées en revue quelques unes des candidates :

L'**Université de Calgary** a récemment reçu un don privé de 18 millions de dollars afin de créer un **Institut de santé publique** – quoique ces fonds seront disponibles par étapes en fonction de jalons établis. En fait, ces fonds permettront à l'Université de Calgary d'ajouter six nouveaux postes de faculté en santé publique aux 30 déjà présents au Département des sciences de la santé communautaire. Cette dotation se compare favorablement aux 20 millions de dollars qui ont été fournis afin d'établir l'Institut de recherche sur la santé des populations<sup>52</sup> à l'Université d'Ottawa. Comme de nombreux autres organismes, l'institut de Calgary est voué essentiellement à la recherche. Cependant, les prévisions pour l'avenir font apparemment appel à l'enseignement de la santé publique – comprenant les sciences infirmières – qui fera partie du nouvel Institut, ce qui pourrait l'amener à devenir une grande école de la santé publique dans un avenir prévisible.

L'**Université de l'Alberta** avait espéré de réussir à établir une grande école indépendante de santé publique d'ici la fin de l'année académique 2005/2006. Nous comprenons cependant que le processus prend plus de temps que prévu et que l'ouverture de la nouvelle école risque d'être retardée encore de 12 mois. Les partisans de cette formule estiment qu'une GESP indépendante dans le cadre d'une université ayant une école de médecine correspond à un arrangement idéal.

L'**Université de la Saskatchewan** déménagera en septembre 2005 ses activités actuelles en santé publique dans des nouveaux locaux sur son campus. Le nombre de chaires de faculté passera à 40 au cours des 12 prochains mois, pour se préparer à devenir une école indépendante de santé publique à l'intérieur de l'Université de la Saskatchewan d'ici trois ans. L'école sera spécialisée dans l'enseignement de la santé appliquée à la population, la santé publique rurale et la santé publique vétérinaire. Le Dr Bill Albritton, doyen de la faculté de médecine, est perçu comme étant un ardent défenseur de ce projet.

---

<sup>52</sup> Voir ci-dessous

**La faculté des sciences de la santé publique de l'Université de Toronto** aimerait devenir à nouveau une grande école de santé publique, comme elle l'était lorsque les écoles d'hygiène de John Hopkins, de Harvard et de l'Université de Toronto ont été fondées au milieu des années 20. La faculté et l'école ont un statut académique semblable au Canada – de sorte que pour devenir une école de santé publique, elles devraient être refondées en nouvelle faculté avec un doyen, etc. Le projet actuel, cependant, c'est qu'elles demeurent un département de la faculté de médecine à laquelle elles se sont jointes en 1975, de sorte qu'il paraît peu probable qu'il y ait une école indépendante de santé publique à l'Université de Toronto à court terme.

**La faculté des sciences de la santé de l'Université Simon Fraser** a décidé de temporiser avant de se transformer en GESP. Elle tient à une collaboration éventuelle à un réseau pan canadien d'universités impliqué dans la SP, entrevoyant la possibilité de travailler conjointement à une MSP nationale. La FSS considère que la meilleure politique à l'heure actuelle est de travailler sous une bannière relativement étendue, avec une approche multidisciplinaire. Ils s'attendent à assurer la formation d'un bon nombre de professionnels de la santé publique sur une certaine période de temps, mais pas nécessairement des médecins. L'Institute for Health Research & Education de l'USF a acquis une réputation internationale pour ses travaux dans le domaine de la santé publique en oncologie, en biologie moléculaire, en bios statistiques et en santé environnementale. Ces unités feront maintenant partie de la FSS. L'USF n'a pas d'école de médecine. Devenir une école de santé publique s'apparente à un lancer qui attend de se faire frapper en dehors de l'arène. Cependant, d'autres facteurs sont à considérer.

Depuis un certain temps, le **département de médecine communautaire et préventive de l'Université de Montréal** a tenté de gagner son indépendance de la faculté de médecine en établissant une école de santé publique. Il devrait maintenant y avoir un renversement du courant en faveur de cette initiative depuis que le doyen en poste, Jean Rouleau – qui était auparavant à l'hôpital St. Margaret de Toronto pendant l'épidémie du SRAS – a démontré son enthousiasme quant aux activités de santé publique. Cependant, il semble que certains membres de la faculté du département de santé communautaire estiment qu'ils bénéficieront d'une plus grande flexibilité si la tendance se maintient, plutôt que de se transformer en école de santé publique, plus isolée.

**L'Institut de recherche sur la santé des populations de l'Université d'Ottawa** est un institut de recherche récemment établi, constitué d'un consortium de dix facultés résidentes (Arts, Éducation, études du 2<sup>e</sup> cycle et post-doctorales, Sciences de la santé, Droit, Sciences sociales, Médecine, Gestion et Ingénierie). L'Institut tentera de mettre au point un programme élargi de recherche en santé de la population et de mettre sur pied certaines politiques, comprenant l'évaluation du risque, la santé mondiale, le protocole d'intervention, la santé des femmes et des autochtones. Il est dit que l'Institut serait intéressé à s'orienter vers une vocation d'école de santé publique à une date ultérieure, et que le département d'épidémiologie et de médecine communautaire pourrait être son partenaire de choix. D'ici là, l'accent est surtout mis sur la recherche, l'enseignement étant limité à un doctorat interdisciplinaire en santé des populations et à un certificat en gestion du risque pour la santé.

**McGill :** Leur nouveau diplôme de MSP demeurera sous l'égide de la faculté de médecine et il n'y a pas actuellement d'intention manifeste de mettre sur pied une école indépendante de santé publique à McGill. La préoccupation principale est actuellement de mener une évaluation commerciale détaillée du nouveau programme.

**Autres :** L'Université du Manitoba serait en train de planifier une école de santé publique et l'Université de la Colombie-Britannique passe en revue ses options.

L'incidence des démarrages d'écoles de santé publique au Canada pourrait être limitée dans une certaine mesure par une carence quant à la disponibilité de membres abordables et bien qualifiés du corps enseignant pour ce qui est de la demande, et par une saturation du marché des détenteurs de MSP à l'échelle nationale pour ce qui est de l'offre.

**2. LA SANTÉ PUBLIQUE DANS UN ENVIRONNEMENT UNIVERSITAIRE :** Il existe actuellement trois options fondamentales pour intégrer la santé publique dans les universités :

- Un département de santé publique à l'intérieur d'une faculté de médecine déjà présente
- Une école indépendante de santé publique et une faculté de médecine dans la même université<sup>53</sup>
- L'école de santé publique et la faculté de médecine dans des universités différentes

Certains observateurs estiment que la première option est la moins intéressante puisque les besoins et les intérêts d'un programme de santé publique peuvent se perdre aisément lorsqu'ils sont submergés dans un environnement d'enseignement d'une faculté de médecine qui est beaucoup plus importante.

Cependant, les membres de facultés de santé publique des universités canadiennes qui ont été interviewés au cours de cette étude ont souligné les avantages d'avoir une faculté de médecine intégrée à même l'université. Ces avantages ont été perçus comme bidirectionnels. D'une part, l'expertise d'une médecine clinique tout à fait disponible, pouvant renforcer certains aspects de l'enseignement en santé publique et fournir une plus grande flexibilité en fonction de développements futurs imprévus dans la pratique de l'enseignement de la santé publique. Et d'autre part, l'accès à des ressources d'enseignement en santé publique à l'interne rendrait la tâche plus facile d'ajouter un contenu de santé publique (et de grande qualité) aux cours de médecine du 1<sup>er</sup> cycle, comme on peut en prévoir le besoin dans les années à venir.

---

<sup>53</sup> En partageant possiblement certains cours et des membres du personnel enseignant

### 3.4 COMPOSANTE GOUVERNEMENTALE

**1. RÉCUPÉRER SON ARGENT EN AUSTRALIE :** L'encouragement du gouvernement dans l'innovation de la santé publique a été tout particulièrement actif en Australie sous son programme d'Innovation PHERP. Les fonds pour ce programme ont été créés en retenant 20 pour cent des sommes normalement allouées aux universités par le gouvernement fédéral. Les universités ont ensuite été encouragées à proposer des programmes d'enseignement novateurs afin de profiter de l'occasion de rapatrier cet argent. Dans de nombreux cas, les universités ont dû augmenter la mise à même leurs fonds personnels pour réussir à faire accepter certaines innovations – une condition générale de la dotation de fonds PHERP. En voici quelques exemples récents :

**MISE AU POINT DE TRAVAUX DE COURS EN ÉPIDÉMIOLOGIE AVANCÉE LIVRÉS À DISTANCE.**

Université de Melbourne et Université Monash.

**CENTRE FOR PUBLIC HEALTH LAW.**

Les universités La Trobe et Flinders en Australie méridionale, en partenariat avec des experts internationaux en droit et en santé publique.

**ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ET MISE AU POINT ET LIVRAISON D'UN COURS MODULAIRE SUR LE VIEILLISSEMENT ET LA POPULATION.**

L'Université de Newcastle, en partenariat avec l'Université de Sydney, l'Université de Queensland, le National Ageing Research Institute, le Benevolent Society, l'Université La Trobe, l'University of Western Sydney et l'hôpital Rakin Park à Newcastle, NSW.

**ÉDUCATION EN SANTÉ PUBLIQUE ET INNOVATIONS AU PROGRAMME DE RECHERCHE SUR LES STRATÉGIES EN ÉDUCATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE DES TRAVAILLEURS INDIGÈNES.**

L'Université de Queensland, la faculté des sciences infirmières de l'Australian Catholic University et le Queensland Institute of Medical Research.

Les projets d'innovations subventionnés devaient répondre aux exigences suivantes :

**Priorité nationale**

**Nouvelles initiatives**

**Collaboration interdisciplinaire**

**Dispositions pour l'accès et la diffusion**

**Économies d'échelle**

**Disponibilité de fonds supplémentaires**

**Collaboration entre les institutions**

**Qualité de haut niveau**

Le soutien du gouvernement fédéral pour les études de MSP en Australie est largement augmenté par l'apport du PHERP, avec 45 millions de dollars alloués à la Phase 3 du programme (2001-2005). Un examen indépendant du PHERP a eu lieu à la fin de 2004 et un rapport sera publié au cours de « la deuxième moitié de 2005 ». Des sources bien informées confirment que le financement provenant du PHERP ne sera pas interrompu, contrairement aux fortes rumeurs qui ont circulé. Entre temps, le gouvernement fédéral se sert du PHERP pour encourager certaines universités australiennes à devenir plus interactives avec les centres régionaux de santé publique – plutôt que de se concentrer sur leurs préoccupations traditionnelles dans la recherche.

**2. FORMATION EN MILIEU DE TRAVAIL :** Une MSP demeure la qualification de base pour les professionnels australiens en santé publique<sup>54</sup>. La question se pose – la formation des étudiants du 2<sup>e</sup> cycle est-elle au point après seulement 12 mois de formation ? Certains prétendent que tout ce qui est nécessaire, c'est une solide formation de base suivie d'une formation sur le tas, comme le font les médecins. Bien heureusement, le département de la santé de NSW est prêt à se lancer dans la mêlée avec une formation de **Public Health Officer Training Program (PHOTP)**.

Le PHOTP du NSW a été établi en 1990 et offre une formation de trois ans axée sur les compétences avec une expérience de travail supervisé pour ceux qui ont terminé leurs études de 2<sup>e</sup> cycle en santé publique (une MSP, par exemple) et qui se sont engagés dans une carrière en santé publique. Elle est spécialement conçue pour faire le lien entre la fin des études académiques et la mise sur pied d'une pratique professionnelle en santé publique. La formation est fournie essentiellement en milieu de travail par le biais de stages de travail supervisés, augmentés par des sessions régulières de formation en dehors du milieu de travail. La complétion réussie de la formation donne lieu à l'obtention d'un VETAB<sup>55</sup>, un diplôme accrédité de 2<sup>e</sup> cycle en épidémiologie appliquée.

Le programme est également reconnu pour la formation de diplômés des écoles de médecine en vue de l'obtention d'un Fellowship of the Australasian Faculty of Public Health Medicine of the Royal Australasian College of Physicians.

Toutes les 11 compétences de base de la santé publique en Australie sont incorporées à la formation :

Pratique professionnelle	Gestion
Épidémiologie et bios statistiques	Gestion de l'information
Communications	Politique de la santé
Promotion de la santé	Évaluation des soins de santé
Maladies infectieuses	Évaluation et gestion du risque
Économie de la santé	

Au cours de leur formation de trois ans, les officiers de la santé publique participent à un certain nombre de stages, chacun sous l'égide d'un superviseur qualifié qui fournit une vaste panoplie d'expériences en santé publique, en projets et en ressources. Les stages ont lieu à même le département de la santé, les services régionaux de santé de NSW et un nombre limité d'autres organismes de santé publique. Tous les officiers doivent passer au moins six mois de leur formation en milieu rural, où ils vivront l'expérience des professionnels de la santé dans le cadre des spécificités propres aux communautés rurales.

Un avantage majeur de ce genre de formation est qu'elle est très orientée vers le service pratique. La formation peut être adaptée rapidement pour répondre à de nouvelles éventualités sur la première ligne – ce qui n'est pas facile à faire dans le contexte d'un programme académique où les membres de la faculté ne sont peut être pas au courant de certains changements importants qui ont eu lieu sur le terrain.

**3. LES COURS DE 3<sup>E</sup> CYCLE DU DoHA :** Le Commonwealth Department of Health and Aged Care (DoHA) propose un programme de **Corporate Public Health Postgraduate** pour les

---

<sup>54</sup> Toute une gamme de programmes de MSP est offerte par les universités australiennes. Ils comprennent des programmes composés uniquement de cours de MSP de l'Université de NSW, et une MSP de l'Université La Trobe qui peut être complétée en mode pratique (apprentissage sur le vif dans un centre de SP régional) ou en mode recherche (exigeant que soit soumise une thèse dirigée).

<sup>55</sup> Vocational Education and Training Accreditation Board

employés du département. La livraison est impartie à un consortium d'universités australiennes (incluant La Trobe et Monash) et fonctionne depuis plus de six ans. Le nombre d'individus ayant participé au programme est difficile à établir, car les participants entrent et sortent, en s'inscrivant annuellement pour une ou deux unités. La Trobe évalue à environ 200 le nombre de participants au programme à ce jour.

Les universités prétendent que le département veut payer moins cher d'année en année pour ce programme, même si les choix facultatifs sont nombreux, et bien qu'il soit plus court dans le temps que ses équivalents du secteur privé. Les gestionnaires en développement professionnel du gouvernement désirent un programme aussi générique que possible, mais se plaignent que les étudiants obtiennent leur diplôme dans des domaines trop spécialisés. Il semble que ce programme risque de prendre fin sous peu.

**4. DÉPARTEMENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE – DSC :** Suite à la réforme du système de santé au Québec au début des années 70, les DSC ont été créés dans 32 hôpitaux provinciaux de soins de courte durée. Les DSC avaient comme personnel des équipes multidisciplinaires de santé publique, dont la majorité devait posséder un diplôme de 2<sup>e</sup> cycle en santé publique. Cela créa un conduit d'alimentation ravitaillé par les diplômés du programme de 2<sup>e</sup> cycle en santé communautaire de l'U de M [et peut être par quelques diplômés francophones provenant de programmes de santé publique d'autres universités canadiennes et à l'étranger].

Un avantage supplémentaire des DSC dans les hôpitaux, c'est que l'équipe clinique risque d'être plus consciente des questions de santé publique et, dans le cas d'une épidémie, les deux champs d'expertise seront disponibles pour s'y attaquer. Cela crée aussi une atmosphère plus conviviale entre les individus.

**5. SOUTIEN FINANCIER DU GOUVERNEMENT POUR LES DIPLÔMES PROFESSIONNELS :** Maintenant qu'une grande partie du programme de MSS de l'Université de Toronto est de nature professionnelle par opposition à la recherche, il ne reçoit pas de bourses et le soutien provenant du secteur privé est très restreint. C'est ainsi que les frais de scolarité sont devenus très élevés par rapport aux normes canadiennes – quoique toujours avantageux pour les étudiants américains. Bien qu'il soit toujours possible de trouver des fonds pour venir en aide aux étudiants – de 5 000 à 6 000 dollars par année – le financement des étudiants canadiens est maintenant devenu un véritable défi. L'Université de Toronto signale qu'il existe un besoin réel que le gouvernement trouve un moyen novateur de financer des bourses afin de combler le vide laissé par la carence de financement extérieur dans le cas des programmes professionnels du 2<sup>e</sup> cycle. L'Université de l'Alberta fait face au même problème et prétend que leur province n'est pas aussi généreuse dans la formation en santé publique qu'une économie baignant dans l'huile pourrait laisser supposer.

Étant donné la conjoncture actuelle des mécanismes de financement des universités et des systèmes de récompense, un apport externe s'impose pour combler le vide entre l'environnement académique et le monde de la pratique. Certains efforts prometteurs ont été soulignés dans ce rapport, mais il reste encore beaucoup à faire.

**6. CONTRIBUTIONS DU CDC :** Plus d'un milliard de dollars a été fourni aux états par le CDC afin d'augmenter le niveau de préparation de la santé publique depuis le 11 septembre. L'idée directrice consiste à mettre en place un système de préparation et de réplique en santé publique qui dépasse l'infrastructure de la santé publique, en concevant des programmes améliorant les compétences pertinentes. Dix-neuf centres académiques ont été établis dans le cadre d'une entreprise concertée entre le CDC et l'ASPH. Parmi les exigences, il s'agit de démontrer qu'un nombre suffisant d'individus possède une formation adéquate (par exemple, en épidémiologie), et qu'ils ont atteint certains niveaux spécifiques d'aptitudes tels que démontrés et mis à l'épreuve par des exercices

pratiques. À peu près une vingtaine de millions de dollars ont pris le chemin de plus d'une vingtaine d'écoles de santé publique et toutes ont des centres de préparation orientés dans le but de contrer le terrorisme.

Le CDC offre également un certain nombre de bourses ayant pour but de fournir une expérience pratique aux diplômés du programme de MSP, comprenant le Service de renseignement en épidémies Epidemic Intelligence Service (effectif de 6 à 8 personnes – en général des médecins, des infirmiers et des vétérinaires) et le Public Health Informatics Fellowship Program (actuellement plus ou moins sept boursiers par année inscrits au programme de deux ans). Ces bourses ne sont pas offertes aux employés du CDC – bien que les boursiers potentiels sont souvent invités à demeurer au CDC en tant qu'employés, membres associés ou entrepreneurs après qu'ils aient complété leur apprentissage.

Indiquant un chemin possible vers des innovations futures du gouvernement américain, les membres du personnel du CDC interviewés pour les besoins de cette étude ont souligné qu'il n'est pas vraiment trop difficile d'assurer que la technologie de la santé publique et que des praticiens correctement formés en santé publique soient déployés sur le terrain. Ils estiment que le véritable défi provient le plus souvent d'une carence en aptitudes de gestion des pratiques de première ligne de santé publique.

**7. DES INNOVATIONS MUSCLÉES DANS LA FORMATION DES TRAVAILLEURS AMÉRICAINS :** La Federal Health Resources and Services Administration (HRSA) a mis sur pied en 2000 des **Public Health Training Centers (PHTC)**, destinés à fournir une formation continue à tous les travailleurs américains en santé publique. Cet effort fait intervenir à la fois la formation en face-à-face et en ED avec des supports bien conçus sur CD-ROM. Jusqu'à présent, les PHTC ont été mis sur pied dans 42 états. Dans chaque état, le PHTC est établi dans une école accréditée en santé publique (par exemple, John Hopkins, Harvard, Yale, etc.), bien que les ministères de la santé de certains états, tel que le Kentucky, agissent de manière indépendante.

La HRSA a aussi mis sur pied des **Centers for PH Preparedness (CPHPs)** pour assurer la formation du personnel de première ligne en santé publique, ainsi que leurs supérieurs, afin qu'ils répondent aux menaces à la santé des Américains provenant du bio terrorisme, des épidémies de maladies infectieuses telles que le SRAS et autres urgences en matière de santé. La formation est axée sur les compétences et est livrée soit sur le terrain ou par un enseignement à distance. Il existe trois types de CPHP :

Les **Academic Centers for Public Health Preparedness** (21), rattachés à des écoles de santé publique. Ils fournissent une formation régionale, en appui à une formation nationale par le biais de matériaux d'enseignement à distance.

Les **Specialty Centers for Public Health Preparedness** (13), ciblent des domaines spécifiques tels que le droit de la santé publique, les maladies zoonotiques, la recherche et la santé mentale.

Les **Advanced Practice Centers for Public Health Preparedness** (5) se concentrent sur la préparation opérationnelle, les communications et la technologie de l'information et leurs applications à la formation.

### APPORT NÉGATIF DU GOUVERNEMENT ?

Les universités australiennes subissent actuellement des compressions budgétaires importantes découlant d'une diminution du financement de la part du gouvernement, en plus d'une perte d'adhésion des étudiants étrangers<sup>56</sup>, causée principalement par un dollar australien plus fort et les difficultés rencontrées par les étudiants à obtenir un visa. Cette situation est tout particulièrement difficile à gérer, car ce sont les étudiants étrangers qui ont permis aux universités d'éviter une suite de coupures budgétaires.

De plus, les étudiants étrangers sont surtout intéressés par les affaires, les TI, les programmes de haute technologie médicale (tels que la génomique). Cela implique que d'autres disciplines telles que les sciences sociales, les sciences humaines et la santé publique ont du mal à maintenir leurs normes et à sustenter un personnel enseignant académiquement solide.

### 3.5 COMBLER L'ÉCART DE LA DEMANDE EN MAIN D'OEUVRE

La présente étude démontre qu'un certain nombre d'innovations ingénieuses ont effectivement été mises en place et qu'elles auront pour effet d'améliorer tant les contenus que les méthodes d'enseignement des programmes d'études en santé publique pour les années à venir. Certaines de ces innovations pourront inciter un plus grand nombre d'étudiants à choisir d'exercer en santé publique, ou encore favoriser la participation à une formation tout au long de leur carrière de personnes oeuvrant déjà en santé publique. Par contre, il semble y avoir des lacunes au niveau des moyens permettant d'anticiper les pénuries en main d'oeuvre dans certains créneaux et d'ajuster la sortie de cohortes d'étudiants, formés à l'université, dans une faculté ou une grande école, et possédant les compétences nécessaires pour satisfaire la demande à cet égard. Voilà ce que l'on pourrait appeler une planification de la main d'oeuvre fondée sur l'observation de la preuve.

Le CDC examine les projections à l'échelle nationale et pourrait effectivement voir venir les lacunes potentielles (notamment celles résultant des retraites, particulièrement en soins infirmiers), mais leur stratégie ne vise pour l'heure qu'une intervention d'état en état. Le CDC estime en effet qu'il peut difficilement imposer sa volonté à cet égard à l'échelle nationale, si ce n'est que parce qu'il est difficile de départager quel organisme possède l'autorité sur ces questions et lequel devrait assumer le leadership à cet égard. L'enseignement de la santé publique aux États-Unis (et dans la plupart des autres pays d'ailleurs), n'est pas en symbiose parfaite avec les besoins des intervenants en première ligne de la santé publique.

Il est cependant réjouissant de constater que l'intérêt des étudiants envers la santé publique est assez élevé aux États-Unis, atteignant des niveaux jamais atteints auparavant, et que tous les programmes d'études en santé publique affichent complet (un indice intéressant en ce qui concerne les universités et les facultés de sciences médicales au Canada). Le CDC souhaiterait que tous les collèges de formation générale aux États-Unis offrent à l'avenir un programme de premier cycle en santé publique. Si chacune de ces institutions produisait, disons, 25 diplômés tous les ans, ceci aurait une incidence majeure sur le taux d'embauche au sein de la main d'oeuvre en santé publique, car une partie importante des emplois disponibles dans ce secteur n'exige en fait que des études au niveau du

---

<sup>56</sup>Le nombre des étudiants étrangers inscrits est passé de 35 000 en 1994 à 230 000 en 2004, à laquelle date ils ont contribué 2,8 milliards de dollars australiens en frais de scolarité. En 2005, il y a eu une baisse de 9 % en moyenne. (*Worrying drop in foreign student numbers*: Jeffrey Francis - Malaysian Star, 7 août 2005)

baccalauréat. Cela aurait sans doute également un effet d'entraînement sur les inscriptions au programme de la MSP.

Selon le Victorian Consortium for Public Health, leur programme conjoint de la MSP a connu un vif succès, notamment au plan de la prestation collaborative d'un programme permettant de renforcer la pratique en santé publique ainsi que la capacité de recherche à Victoria. L'institution envisage de mieux faire connaître les atouts de Melbourne en tant que cité universitaire spécialisée en santé publique, et de travailler encore plus étroitement avec les employeurs afin d'élaborer un curriculum permet de transmettre les compétences les plus pertinentes aux exigences quotidiennes de la pratique en santé publique.

L'Australie est bien déterminée à ce que ses efforts en développement de la main d'oeuvre en santé publique soient réellement axés sur la satisfaction de la demande et les compétences requises dans ce domaine. L'on estime qu'il est maintenant plus facile de dresser un portrait du nombre d'étudiants et des compétences acquises par ceux-ci à la sortie de leur programme de premier cycle et des études supérieures en santé publique, ainsi que de l'évolution potentielle de cette situation à court terme si on ne modifie pas la formule mise en place. Le principal défi dans la satisfaction de la demande afin de combler les écarts réside dans la mise en place d'une méthode de calcul crédible de la demande au niveau de la main d'oeuvre en santé publique à l'échelle nationale. En effet, si on n'arrive pas à savoir combien de diplômés d'études supérieures en santé publique seront requis sur un horizon d'une à deux années, par exemple, il pourrait s'avérer malsain d'inciter les universités à créer de 10 à 15 nouveaux programmes d'études au niveau de la MSP ou d'une MScSP, chacun de ces programmes ayant le potentiel de produire une cohorte de 30 à 40 diplômés par année, pourvu évidemment qu'il y ait suffisamment de candidats qui s'y intéressent en premier lieu. Une livrée de quelque 500 nouveaux titulaires d'une MSP pourrait effectivement causer des problèmes de logistique lorsque viendra le temps de les déployer à travers un réseau de santé publique qui ne serait pas prêt à les accueillir.

Le National Public Health Partnership (NPHP) a lancé depuis un certain temps un projet de gestion à long terme de l'effectif en santé publique,<sup>57</sup> comprenant notamment la mise au point d'un outil de planification permettant de mieux jauger la demande en main d'oeuvre dans ce domaine. Un projet pilote visant à mettre à l'essai ce nouvel outil de prédiction a été déployé en 2004 par le service chargé de la santé de la population pour le secteur du sud-ouest de Sydney et de NSW<sup>58</sup>.

L'expérience leur indique que la planification de la main d'oeuvre en santé publique peut se faire au niveau des projets, des programmes et des organismes impliqués. Le projet pilote a permis de déterminer que « les processus de planification des services au sein des organismes de santé publique continuent à évoluer ... (et) ne sont pas encore suffisamment au point (ou n'ont pas l'appui d'un consensus suffisant) afin de soutenir la planification au niveau de l'organisation elle-même ». Le projet pilote a ainsi fait l'essai d'un outil destiné à faciliter la planification des activités au niveau des programmes, en examinant surtout la nature des besoins immédiats en main d'oeuvre. Il semble que cela n'ait rien de révolutionnaire en soi, mais que l'expérience ait néanmoins permis aux chercheurs de mieux cerner les défis de la modélisation de la demande réelle en main d'oeuvre technique par rapport à des grilles tenant compte des compétences et des programmes offerts.

Les travaux à venir seront consacrés à l'étude des moyens de colliger et d'interpréter les données motivant la demande en main d'oeuvre en santé publique au niveau des programmes. Il est prévu de

---

<sup>57</sup> Nevis Consulting Group Inc.: *Public Health Workforce Development - Australia, England and the United States* – Février 2004, pp. 47 et seq.

<sup>58</sup> Human Capital Alliance: *Calculating demand for an effective public health workforce - Final Report for the NPHP* – Juillet 2004.

mettre les conclusions de cette étude à l'essai dans les conditions réelles au sein d'un organisme de santé publique en première ligne, en procédant également à des consultations auprès des intervenants participant à ce projet.

En définitive, les progrès ne sont pas à la hauteur des espoirs misés sur cette approche qui semblait pourtant prometteuse il y a à peine un an. Les éléments formulés à la section 4 du rapport préparé par le NPHP révèlent que l'on considère comme étant des « objectifs futurs » les cibles à l'égard desquelles certains observateurs croyaient que l'on aurait déjà au moins dégagé des pistes de solution depuis lors, comme en fait foi l'extrait des éléments ainsi formulés au rapport :

Définir plus à fond les compétences en santé publique et les consensus à dégager à cet égard ainsi que la pondération de chacune de ces compétences.

Concevoir les outils permettant la vérification par les divers organismes des compétences déjà acquises au sein de leur effectif actuel.

Concevoir un outil facilitant l'évaluation du travail requis au niveau de l'organisation et permettant de traduire ces observations de manière à établir la demande en compétences particulières.

Effectuer de la recherche afin de cerner la correspondance entre le travail effectué en santé publique à l'heure actuelle et les besoins réels de la population à cet égard.

## Chapitre IV : Innovations à privilégier

**Innovater** : effectuer des changements à l'égard de quelque chose existant déjà, notamment en introduisant des nouvelles méthodes, des nouvelles idées ou des nouveaux produits. *Concise Oxford Dictionary – 10<sup>e</sup> édition*

### Légende des cotes d'innovation<sup>59</sup>

*	Modéré
**	Significatif
***	Élevé
****	Exceptionnel

Tel qu'indiqué au début de la présente étude, un certain nombre d'innovations dignes de mention en ce qui concerne l'enseignement et la prestation des programmes d'études au Canada et à l'étranger ont été relevées, et il convient de remercier à cet égard les individus interviewés dans le cadre de cette étude et qui ont généreusement consacré leur temps et partagé leur expérience en la matière afin de nous en laisser bénéficier. Voici maintenant le moment de sélectionner les diverses innovations ayant le potentiel de contribuer de manière constructive à la stratégie de développement de la main d'oeuvre en santé publique au Canada et que l'on pourrait intégrer au système canadien sans occasionner trop de heurts ni accaparer trop de temps avant que ces mesures puissent être assimilées et mises en application. L'on propose des moyens de dissémination des initiatives jugées pertinentes à l'intention des organismes ou des individus intéressés à les mettre en oeuvre.

### 1. Le programme de maîtrise ès sciences en santé communautaire de UNBC (MSc Community Health Science) \*\*\*\*

Lancé en 1997/98 avec une première cohorte de 12 étudiants issus de la région, ce programme a marqué l'avènement d'une innovation importante dans le domaine de la santé publique au Canada. L'idée à la base de ce concept était de trouver le moyen de former des professionnels en santé publique déjà établis dans le Nord, la prémisse sous-jacente étant à l'effet qu'il était fort probable qu'ils y établiraient leur pratique. Et c'est ce qu'ils ont fait. Les avantages tirés de la prestation de services en santé publique aux collectivités des Premières nations par des personnes issues de leurs propres rangs doivent être considérables.<sup>60</sup>

### 2. Le programme mixte de maîtrise ès sciences de la santé de l'université de Toronto (MHSc) \*

En réponse à la demande d'un plus grand nombre de diplômés formés à la pratique en santé publique et possédant les compétences requises en méthodologie et en documentation permettant de mieux composer avec l'approche contemporaine à la santé publique, l'université de Toronto a mis fin à son programme d'études à la maîtrise ès sciences axée sur la présentation d'un mémoire de recherche en le fusionnant à son programme d'études existant à la maîtrise ès sciences de la santé afin d'en faire un diplôme mixte proposant la possibilité d'opter pour la pratique professionnelle ou pour la recherche.

---

<sup>59</sup> Il s'agit d'une évaluation subjective, réalisée par Nevis, du caractère proprement novateur de chacune des innovations présentées et de son incidence potentielle sur l'enseignement de la santé publique au Canada.

<sup>60</sup> Ce programme a permis d'introduire avec succès dans le processus de formation la notion d'apprentissage en équipe.

### **3. Le doctorat en santé publique (DrPH) à l'intention des praticiens en santé publique chevronnés \*\***

L'université Johns Hopkins a introduit un programme d'études à temps partiel essentiellement axé sur des cours didactiques, la détention d'une MSP étant un prérequis. L'on exige la présentation d'un mémoire, mais il s'agit d'un exercice appliqué de résolution de problème en santé publique qui n'est pas tributaire d'une hypothèse particulière. Il s'agit d'une évolution importante pour cette institution, laquelle avoue ne pas être dotée de toutes les ressources professorales possédant une expérience pertinente récente sur le terrain.<sup>61</sup> L'université Flinders, à Adelaide, propose un programme d'études doctorales sensiblement pareil à celui offert à Johns Hopkins.

### **4. McMaster introduit une innovation fort pratique \*\***

La McMaster School of Nursing a introduit un aménagement important en vertu duquel les étudiants au diplôme de premier cycle en sciences infirmières (essentiellement de type clinique) peuvent collaborer avec des étudiants inscrits au programme d'études supérieures de sciences infirmières en santé publique aux activités de recherche et de cueillette de données en vue de la préparation de leur thèse. Ceci permet en outre de sensibiliser plusieurs infirmières et infirmiers à l'apport important de la pratique en santé publique au plan de la prestation de services de santé à la population en général, pouvant notamment en inciter à choisir une concentration en santé publique lors de leurs études supérieures. Cette initiative est fort importante, compte tenu du contenu relativement faible de la matière en santé publique proposée dans le cadre des cours de nursing clinique au niveau des études de premier cycle.

### **5. Le programme de formation à distance implanté au LSHTM \*\***

La London School est d'avis qu'il existe effectivement un créneau à développer dans la formation à distance en santé publique. Ainsi, à titre d'innovation de premier plan, l'institution propose dorénavant en ligne son programme d'études à la maîtrise ès sciences en santé publique (MScPH). La première mouture (2005/06) affiche déjà complet (110 personnes admises sur 200 demandes présentées). Comme la plupart des fournisseurs de programmes de formation à distance en santé publique, l'université porte un soin particulier à la cadence à laquelle elle accepte les inscriptions, afin de veiller à ne pas imposer de contraintes indues sur la charge de travail du corps professoral.

### **6. L'innovation des techniques d'enseignement au PHERP \*\*\***

Le programme d'innovation du PHERP en Australie favorise un soutien gouvernemental accru à l'innovation dans les techniques d'enseignement de la santé publique. Une formule dont le Canada aurait intérêt à s'inspirer, notamment au plan de la mise en place de programmes incitatifs plus généreux.

### **7. La technique de l'apprentissage en équipe implantée à Lakehead \*\***

Les étudiants inscrits au programme d'études supérieures à l'université Lakehead sont regroupés en équipe dans le cadre de leur participation au programme de formation à distance proposé par l'institution. Plusieurs des étudiants inscrits ne se sont jamais rencontrés mais ont néanmoins pu établir des liens personnels et professionnels étroits. Cette formule de participation en équipe est d'autant plus précieuse lorsque les étudiants sont répartis sur un vaste territoire – comme c'est le cas dans le cadre du programme d'études à la MSP offert par l'université Lakehead en mode formation à distance.

### **8. Une mesure novatrice introduite à l'université Waterloo \*\***

Des professeurs embauchés suivant un principe de « travail partagé » ont récemment joint les rangs du corps professoral enseignant le programme menant à la MSP de l'université Waterloo. Leur temps de travail est effectivement partagé entre la présentation de cours au niveau de la MSP et de

---

<sup>61</sup> Ils doivent « importer » des experts de l'étranger pour suffire à la tâche.

l'enseignement consacré à diverses matières dans d'autres départements, notamment en mathématiques et en statistique. Les coûts liés à leur salaire sont partagés en fonction de ces affectations. Ce mécanisme existe sans doute de manière informelle ailleurs; il devrait être voué à un brillant avenir au sein des diverses facultés et grandes écoles.

### **9. L'implantation des programmes de MSP fondés sur des preuves scientifiques s'avère une innovation fort prisée \*\*\*\***

Dans un domaine où l'absence de preuve scientifique est une source constante de frustration, l'avènement de programmes de MSP fondés sur des preuves scientifiques devrait faire fureur. Il y a en outre là une occasion propice à un partenariat entre une université canadienne et l'université de Manchester, au Royaume-Uni, qui propose déjà ce type de diplôme. Par ailleurs, l'université McMaster propose un programme d'études de sciences infirmières en santé publique fondé sur des preuves scientifiques, une modalité qui serait intégrée à leurs programmes d'enseignement depuis un an déjà.

### **10. L'apprentissage axé sur l'étude de cas et la résolution de problèmes fait des petits \*\***

L'université McMaster étant un précurseur en la matière, un certain nombre d'institutions d'enseignement des sciences médicales et de la santé publique ont adopté la méthode de l'apprentissage axé sur l'étude de cas et la résolution de problèmes. Cette méthode est implantée depuis plusieurs années à certains endroits, notamment à l'université McMaster et à l'université Delaware. D'autres institutions ont choisi d'adopter cette méthode maintenant éprouvée, en réponse à la demande grandissante des étudiants à la recherche de méthodes d'enseignement plus contemporaines.

### **11. Un programme de formation en recherche novateur transdisciplinaire implanté au Québec \*\***

Le Dr Gilles Paradis a mis sur pied à Montréal, à l'université McGill, le programme de formation transdisciplinaire en recherche sur la santé publique et la santé de la population (aussi connu en anglais sous l'appellation *Transdisciplinary Training Program in Public and Population Health Research*), financé en partie par les IRSC. Le programme propose une combinaison de la formation pratique au programme d'études doctorales et post-doctorales à l'intention des étudiants souhaitant entreprendre des recherches sur divers sujets contemporains dans le domaine de la santé publique. L'une des caractéristiques les plus innovatrices de ce programme consiste en un jumelage des étudiants au sein d'une équipe oeuvrant en santé publique dans le cadre de leur formation, devant consacrer environ 75 % de leur temps dans cet environnement.

## **INNOVATIONS AU STADE EMBRYONNAIRE**

### **1. Proposer davantage de programmes d'études de premier cycle en santé publique \*\*\***

Aux États-Unis, l'on retrouve communément des programmes d'études de premier cycle en santé publique, et ils affichent tous complet. Un plus grand nombre d'universités canadiennes devrait proposer de tels programmes. Par exemple, le programme d'études de l'université Waterloo menant à l'obtention d'un baccalauréat ès sciences en études en soins de santé et en gérontologie (*BSc in Health Studies and Gerontology*) propose un parcours entièrement axé sur la santé publique (non-clinique) à l'intention des étudiants se dirigeant vers une MSP et souhaitant exercer une pratique en santé publique par la suite. Ce parcours leur permet d'accéder à la MSP à partir d'une base similaire à celle obtenue par les titulaires d'un diplôme de premier cycle dans une concentration en santé publique connexe, soit en sciences sociales ou en sciences infirmières, par exemple. Ce qui plus est,

le baccalauréat ouvre une vaste gamme de possibilités de carrière dans le domaine de la santé publique.

## **2. Le diplôme conjoint au Canada<sup>62</sup> \*\***

Les diplômes conjoints font de plus en plus partie de l'éventail des programmes d'études dans les universités aux États-Unis et en Australie. Ce type de collaboration entre les universités répond souvent davantage à des impératifs d'ordre économique, notamment lorsqu'il faut pallier des compressions dans le financement provenant de sources externes ou une concurrence accrue. Mais dans une perspective plus positive, il convient de souligner que ce type de diplôme permet aux étudiants de profiter d'une expertise pointue à laquelle ils n'auraient pas autrement accès à l'université ou l'institution qu'ils fréquentent.

Il ressort des entrevues réalisées dans le cadre de cette étude qu'il existe un vif intérêt chez les universités canadiennes envers l'implantation de diplômes conjoints en MSP à l'intérieur d'une même province à tout le moins, un terreau territorial naturel propice à l'instauration d'une collaboration interuniversitaire ici au Canada, de la même manière que cela se fait à l'intérieur des états aux États-Unis et en Australie. Un syllabus national semble moins séduisant aux yeux de la communauté universitaire que l'instauration de programmes d'études à la MSP à l'échelle provinciale, proposant des contenus et des normes d'enseignement uniformes dont la mise en oeuvre pourrait être vérifiée par l'entremise d'un processus d'accréditation externe.

## **3. La formation à distance en formule mixte \*\*\***

La LSHTM envisage de se lancer dans un autre créneau à l'automne 2006, alors que l'institution proposera un programme d'études en formule mixte menant à l'obtention d'un MScPH en un semestre (5 semaines probablement) sur place, à Londres, suivi d'une formation à distance pour compléter le programme d'études. L'institution a notamment innové également en s'attachant le soutien logistique des bureaux du British Council à travers le monde, lesquels assisteraient l'institution dans l'accomplissement de diverses tâches, notamment en proposant cette formule aux étudiants du pays en cause, en procédant aux entrevues des candidats et candidates et en accomplissant diverses tâches administratives. Ceci donne effectivement à la LSHTM un accès inédit à des marchés situés dans 110 pays, dans les plus grandes agglomérations urbaines au monde, notamment dans les pays en voie de développement, tout en jouissant des services d'un personnel compétent et bien appuyé sur le terrain.

## **4. Le programme de MSP Global Health offert durant la période estivale \*\***

Parmi les autres innovations dans les cartons de l'université de Toronto, signalons le lancement prochain du Global Health Summer Institute, dont les activités doivent commencer dès l'été 2006. Au départ, l'on proposera des cours de formation continue sur une période relativement courte et des attestations d'études, pour ensuite y arrimer un programme d'études à la MSP proposé en blocs d'études à horaire souple<sup>63</sup> à l'intention de praticiens en santé publique chevronnés, et ce à compter de l'été 2007 ou 2008.

## **5. L'université Johns Hopkins souhaite conclure un partenariat avec une ou plusieurs universités canadiennes \*\*\***

L'université souhaite proposer des cours sur une courte période (possiblement durant l'été) portant sur les politiques et la gestion en matière de santé publique, répondant à son avis à un besoin qu'ils estiment le plus important à combler au sein de la communauté des praticiens en santé publique au

---

<sup>62</sup> Programme d'études à diplôme unique (comme le programme MSP), les cours étant dispensés par un certain nombre d'universités.

<sup>63</sup> Été 1 : Quatre cours, en un bloc de 4 semaines; automne / hiver : deux cours / travaux pratiques sur le terrain en formation à distance. Été 2 : Quatre cours, en un bloc de 4 semaines.

Canada. Certains observateurs ont souligné qu'en ce qui a trait au milieu des affaires en général, l'on constate qu'une gestion judicieuse est presque toujours plus prisée que la seule faculté d'innover.<sup>64</sup>

## **6. Un examen national en santé public en vue de l'enregistrement des titulaires de MSP \*\***

Les universités australiennes doivent évaluer l'acquisition de quelque 50 compétences distinctes dans le cadre de la formation qu'elles fournissent. Il n'existe aucun mécanisme d'examen national en vue de l'enregistrement ou de l'accréditation des titulaires de MSP au Canada. L'accréditation des cours ou des programmes fera partie des exigences, mais il faudrait que l'enregistrement des titulaires de diplômes en santé publique, en fonction de normes reconnues, devienne obligatoire au Canada après un certain nombre d'années de pratique.

## **7. Une innovation à venir en matière de formation à distance ? \*\*\***

La majorité des professeurs universitaires interrogés ne semblaient pas particulièrement en faveur de la formule de la formation à distance. Il semblerait que cette formule exige que l'on y consacre trop de temps, au plan de la préparation, du soutien et de la maintenance des programmes proposés. Par contre, cela pourrait constituer une source de financement non négligeable pour les universités participantes. Peut-être que ces occasions qui se présentent seront saisies au bond par des entreprises novatrices qui proposeront aux universités et aux grandes écoles de les soulager du fardeau technique et opérationnel de cette formule par ailleurs prometteuse.

### **LES FACTEURS LE PLUS SUCÉPTIBLE DE CONSTITUER DES CONTRAINTES À L'AVÈNEMENT DES INNOVATIONS DANS L'ENSEIGNEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE<sup>65</sup>**

Faible estime des fonctions liées à l'enseignement et à l'apprentissage, par rapport  
aux activités de recherche

Peu de reconnaissance ou manque d'intérêt de la part de collègues et  
des personnes en autorité

Politiques internes ou plans d'action aux balises rigides nuisant à l'expression d'initiatives de la part  
des individus ou d'autres façons de faire

Bureaucratie excessive régissant les processus d'approbation, de soutien ou  
d'obtention de ressources

Mécanismes d'évaluation de la qualité empêchant la prise de quelque risque que ce soit

## **INNOVATIONS GÉNÉRALISÉES**

### **1. Les programmes de maîtrise sans thèse (axés sur la pratique)**

<sup>64</sup> Steven Jobs' Apple Computer Inc. est souvent citée en exemple à cet égard. Voir l'article Fast Company: *If He's So Smart ...Steven Jobs, Apple and the limits of innovation*" p. 68, numéro 78 - Janvier 2004

<sup>65</sup> Prof. A. Hannan et al: *Innovations in Teaching and Learning in Higher Education* - University of Plymouth, septembre 1999

La maîtrise sans thèse est un élément incontournable de toute institution d'enseignement de santé publique. Pendant de nombreuses années, cette option n'était offerte que par l'Université de Montréal et l'Université de Toronto, tandis que plusieurs praticiens en santé publique cherchant à obtenir une maîtrise dans ce domaine ont dû se résigner à entreprendre des programmes de maîtrise axés vers la recherche bien qu'ils ne répondaient pas vraiment à leurs besoins. Cependant, au cours des dernières années, la formule de la maîtrise sans thèse a obtenu une faveur encore plus marquée auprès des intéressés, si bien qu'aujourd'hui l'on compte au moins 178 universités au Canada qui offrent ou se proposent d'offrir un tel programme de maîtrise, pouvant alors accommoder au-delà de 400 étudiants. Ceci augmente certes la concurrence dans ce domaine, et il se pourrait qu'à plus long terme il y ait un risque d'un trop grand nombre de diplômés dans ce domaine par rapport à la demande.

Par ailleurs, l'efficacité d'un programme de MSP est tributaire de la qualité de la relation développée entre les institutions et les professionnels notamment afin d'assurer des stages pratiques et le suivi des stagiaires. Il importe également de bien circonscrire la gamme des spécialisations que l'on entend offrir dans le cadre de ces programmes de maîtrise. Le tout doit être en lien avec l'expertise du corps professoral aussi bien qu'avec les pénuries ou lacunes à combler sur le marché. L'Université de Toronto propose des concentrations en santé publique et épidémiologie, promotion de la santé, nutrition communautaire, et en santé environnementale et en milieu de travail.

## **2. La souplesse**

Comme l'on a pu constater, les diverses options pratiques offertes aux étudiants suivant un programme d'études supérieures en santé publique ont nettement évolué au fil des ans. Cette évolution a essentiellement vu le jour en raison de la demande provenant des professionnels du secteur de la santé publique qui désiraient retourner à l'université soit pour rafraîchir leurs connaissances ou en acquérir des nouvelles, tout en continuant à travailler dans leur milieu professionnel. Ceux-ci ont opté en grand nombre pour le programme d'études du MSP, et les universités le proposent maintenant avec une souplesse encore plus accrue. Ainsi, la plupart des universités proposent le MSP sur une année et à temps complet, mais l'offrent également à temps partiel et alors sur cinq ans; il est aussi possible de suivre le programme en format condensé, sur un an, mais durant les fins de semaine en plus d'une session durant la période estivale.

La souplesse est une caractéristique fort importante, faisant en sorte que les institutions de haut de savoir peuvent assez rapidement combler la demande de professionnels en santé publique parce que le personnel existant peut ainsi parfaire ses connaissances, et le réseau n'a donc pas à attendre que les cohortes de nouveaux étudiants complètent tout le parcours traditionnel avant de pouvoir occuper des postes qui les attendent.

## **3. L'apprentissage à distance (AD)**

Il va sans dire que l'apprentissage à distance (AD, aussi connue sous le vocable « formation à distance ») est une avenue avantageuse pour les universités, alors qu'elles peuvent ainsi augmenter le nombre d'inscriptions sans devoir consacrer des ressources additionnelles au niveau du personnel enseignant ou en hébergement. Malgré la disponibilité accrue de ce type d'enseignement en vue de l'obtention d'un diplôme en santé publique, certaines grandes écoles et universités limitent le nombre d'inscriptions qu'elles acceptent afin de ne pas trop accroître la charge de travail du personnel enseignant et de soutien administratif en raison d'une augmentation phénoménale de la clientèle tant locale qu'internationale. L'étude révèle que cette formule n'est pas particulièrement prisée par le corps professoral en général, alors que les professeurs préfèrent généralement le contact en personne avec leurs étudiants et n'aiment pas recevoir à tout moment des courriels de la part des nombreux étudiants inscrits. Le CDC fait état d'une certaine stabilisation de la croissance de cette formule d'enseignement des programmes en santé publique aux États-Unis.

#### 4. Les grandes écoles de santé publique

L'avènement au Canada des grandes écoles de santé publique sera certes une innovation remarquable, puisqu'il n'y en a aucune présentement. Certaines seront établies dans les facultés de médecine déjà existantes, alors que d'autres devront être créées de toutes pièces. Il s'agit en principe d'un pas dans la bonne direction, puisqu'elles permettront le développement de l'enseignement de la santé publique et de son financement sans que cela n'entre en conflit avec la nécessité de trouver des ressources au sein d'une faculté de médecine dont l'enseignement est principalement axé sur la formation de médecins qui seront chargés de traiter des patients par la suite. Par ailleurs, en favorisant la cohabitation d'une grande école de santé publique et d'une faculté de médecine sur un même campus universitaire, l'on favorise du coup le développement de synergies enrichissantes.

#### 5. Les compétences

Les compétences, surtout les compétences de base, sont de plus en plus largement acceptées et embrassées par l'ensemble de la communauté de l'enseignement en santé publique et ce, également à l'échelle internationale. Malgré leur caractère bureaucratique inhérent et le temps qu'il faut y consacrer, les compétences de base sont utilisées non seulement parce que le CDC en a fait une exigence obligatoire, mais également parce qu'elles sont utiles au processus d'élaboration des nouveaux programmes d'études et des objectifs des apprentissages. Il appert par contre qu'il est plus difficile de vérifier la mesure dans laquelle les étudiants ont effectivement acquis les compétences requises.

Il se pourrait bien qu'un moment donné, les compétences auront dépassé la durée de leur vie utile. Tanis que l'oeuvre de déconstruction des compétences passera des compétences de base en santé publique à des domaines exigeant des compétences encore plus pointues, il est inévitable qu'il faudra mettre encore plus de temps à arriver à des consensus à cet égard. L'ASPC serait peut-être bien avisée d'examiner le rapport coûts bénéfices d'une telle situation. Au Canada, certains observateurs estiment qu'en bout de ligne, les compétences de base en santé publique ne constituent qu'une liste plutôt élémentaire des compétences requises dans ce domaine, dressée à la suite d'interventions excessives de divers comités. Ils sont plutôt d'avis que le Canada serait mieux servi en examinant davantage la voie de l'accréditation que celle qui mène inéluctablement à la constitution de listes de compétences encore plus complexes.

### COMMENT S'ASSURER DE LA DISSÉMINATION DES INNOVATIONS ?

1. Faire en sorte que l'ASPC assume un rôle actif dans le processus favorisant les innovations pertinentes, notamment en offrant du **financement concurrentiel pour la mise en oeuvre d'innovations ingénieuses dans le domaine de l'enseignement en santé publique** mises de l'avant par des institutions canadiennes.

2. Les innovations dans l'enseignement en santé publique ne devraient pas être à ce point complexes et inextricables qu'il faille y consacrer des documents d'analyse assujettis à l'examen des pairs afin de pouvoir en décrire les tenants et aboutissants et les avantages qui en résulteraient. L'on n'aurait qu'à établir un **site web sur l'Innovation dans l'enseignement en santé publique** doté d'un modérateur, présentant des forums de discussion à l'intention des participants souhaitant faire valoir les innovations mises de l'avant et en discuter avec tous les autres intéressés. Le site pourrait être hébergé par une université hôte, en rotation régulière avec les autres universités participantes. Ce mécanisme favorise en outre une dissémination rapide des nouvelles idées véhiculées et la discussion conviviale et en temps réel des divers sujets portant sur l'interaction entre l'enseignement et la pratique en santé publique au Canada. Il y aurait lieu d'assurer un contrôle rigoureux des participants et de l'accès au site afin de veiller à ce que les idées particulièrement ingénieuses puissent être

disséminées de manière sécuritaire, et ce à l'avance de leur diffusion plus large à un auditoire international.

3. Organiser la tenue d'un **colloque annuel** réunissant les divers participants, sous l'égide d'une université différente à chaque année. Concentrer les efforts sur l'établissement du type de contacts personnels susceptibles de promouvoir le partage d'informations au sujet des innovations ayant fait leurs preuves. L'interaction étroite favorisée par ces mécanismes serait de nature à promouvoir l'établissement de grandes écoles de santé publique au Canada dotées de caractéristiques typiquement canadiennes, évitant ainsi de bêtement reproduire des copies conformes des institutions semblables existant chez nos voisins du Sud. Décerner tous les ans un prix prestigieux à l'université ou à la grande école ayant reçu le plus de mentions par les participants pour avoir introduit une innovation exceptionnelle dans l'enseignement en santé publique au cours des douze mois qui précèdent. Remettre aux lauréats des épinglettes sobrement décorées. Inviter un conférencier de l'étranger afin qu'ils prononce une allocution portant sur les innovations les plus récentes mises de l'avant par l'institution qu'il ou elle représente.

4. **Faire procéder à un examen régulier**, par l'entremise de l'ASPC, des innovations dans l'enseignement en santé publique à l'échelle internationale, afin de repérer tant les initiatives heureuses que malheureuses à cet égard. Disséminer les résultats aux universités et aux grandes écoles canadiennes offrant un enseignement en santé publique, en leur transmettant régulièrement, par courriel, une lettre d'information au contenu percutant et intéressant.

## **Annexes**

## **Annexe A : INDIVIDUS INTERVIEWÉS DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE**

### **AUSTRALIE**

D<sup>r</sup> Vivian Lin

Professeure - Santé publique  
Faculty of Health Sciences,  
La Trobe University  
Victoria

D<sup>r</sup> Lynne Madden

Directrice - Centre for Epidemiology and Research,  
NSW Department of Health  
New South Wales

John Moss

Maître de conférences  
Dept. Public Health  
University of Adelaide  
Sud de l'Australie

D<sup>r</sup> Kathryn Sauer

Directrice des programmes d'études  
School of Public Health  
Curtin University, Perth  
Ouest de l'Australie

### **ROYAUME-UNI**

D<sup>r</sup> Nick Black

Professeur - Health Services Research  
London School of Hygiene & Tropical Medicine  
Coordonnateur des études en santé publique  
School of Clinical Medicine  
University of Cambridge

D<sup>r</sup> Stephen Gillam

D<sup>r</sup> Dick Heller

Professeur – Santé publique  
Evidence for Population Health Unit  
School of Medicine  
University of Manchester

D<sup>r</sup> Sarah Walters

Directeur – Programme de maîtrise en santé publique (MPH)  
Dept. PH & Epidemiology  
Birmingham University

### **ÉTATS-UNIS**

Ron Bialek

Directeur général  
Public Health Foundation  
Washington, DC

D<sup>r</sup> Tom Burke

C-directeur, Risk Sciences & Public Policy Institute  
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health  
Baltimore, MD

D <sup>r</sup> Joan Cioffi	Directrice Strategic Workforce Activity CDC Atlanta, GA
D <sup>r</sup> Sherril Gelmon	Professeur – Santé publique Mark O. Hatfield School of Government Portland State University Portland, OR
Stacia Hall	Assoc. of Teachers of Preventive Medicine Council of Graduate Programs Washington, DC
D <sup>r</sup> Jay Maddock	Professeur agrégé Dept. Public Health Sciences University of Hawaii Honolulu, HI
<b>CANADA</b>	
D <sup>r</sup> Max Blouw	V.-p. Recherche University of Northern BC, Prince George (C.-B.)
D <sup>r</sup> Nicola Cherry	Président, Dept. of Public Health Sciences University of Alberta, Edmonton (AB)
D <sup>r</sup> Donna Ciliska	Professeure, Evidence-based Nursing School of Nursing Université McMaster Hamilton (ON)
D <sup>r</sup> Rebecca Fuhrer	Présidente, Épidémiologie, biostatistique et santé au travail Faculté de médecine Université McGill Montréal (QC)
D <sup>r</sup> John Jamieson	Professeur – Santé publique, Psychologie de la santé Lakehead University Thunder Bay (ON)
D <sup>r</sup> Ian Johnson	Directeur Programme de maîtrise en sciences de la santé, Santé communautaire et épidémiologie Faculté de médecine Université de Toronto (ON)

D <sup>r</sup> Don Langille	Professeur, Santé communautaire et épidémiologie Université Dalhousie Halifax (N.-É.)
D <sup>r</sup> David MacLean	Doyen, Faculté des sciences de la santé Simon Fraser University Vancouver (C. -B.)
D <sup>r</sup> Christina Mills	Directrice – Programme de maîtrise en santé publique Dept. Health Studies & Gerontology Université de Waterloo (ON)
D <sup>r</sup> Tom Noseworthy	Directeur, Department of Community Health Sciences Faculty of Medicine University of Calgary (AB)
D <sup>r</sup> Louise Potvin	Professeure, Département de médecine communautaire et préventive Université de Montréal Montréal (QC)
D <sup>r</sup> Bruce Reeder	Directeur, Dept. of Community Health and Epidemiology College of Medicine University of Saskatchewan Saskatoon (SK)
D <sup>r</sup> Harvey Skinner	Directeur, Dept. of Public Health Sciences University of Toronto (ON)
Jane Underwood	Professeur clinicienne associée, chercheuse-conseil en santé publique, chercheuse au Nursing Health Services Research Unit School of Nursing Université McMaster Hamilton (ON)
D <sup>r</sup> Elinor Wilson	Présidente directrice générale, Association canadienne de santé publique Ottawa (ON)

**ANNEXE B : UNIVERSITÉS ET GRANDES ÉCOLES DE SANTÉ PUBLIQUE ACCRÉDITÉES  
PAR LE CEPH ET MEMBRES ASSOCIÉS**

**GRANDES ÉCOLES ACCRÉDITÉES**

[Boston University School of Public Health](#)  
[Columbia University Mailman School of Public Health](#)  
[Drexel University School of Public Health](#)  
[Emory University Rollins School of Public Health](#)  
[George Washington University School of Public Health and Health Services](#)  
[Harvard School of Public Health](#)  
[Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health](#)  
[Loma Linda University School of Public Health](#)  
[Mel and Enid Zuckerman Arizona College of Public Health](#)  
[New York Medical College School of Public Health](#)  
[Ohio State University School of Public Health](#)  
[Saint Louis University School of Public Health](#)  
[San Diego State University Graduate School of Public Health](#)  
[Texas A&M School of Rural Public Health](#)  
[Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine](#)  
[University at Albany SUNY School of Public Health](#)  
[University of Alabama at Birmingham School of Public Health](#)  
[University of Arkansas for Medical Sciences Dr. Fay W. Boozman College of Public Health](#)  
[University of California at Berkeley School of Public Health](#)  
[University of California at Los Angeles School of Public Health](#)  
[University of Illinois at Chicago School of Public Health](#)  
[University of Iowa College of Public Health](#)  
[University of Kentucky College of Public Health](#)  
[University of Massachusetts School of Public Health and Health Sciences](#)  
[University of Medicine and Dentistry of New Jersey-School of Public Health](#)  
[University of Michigan School of Public Health](#)  
[University of Minnesota School of Public Health](#)  
[University of North Carolina at Chapel Hill School of Public Health](#)  
[University of North Texas Health Science Center School of Public Health](#)  
[University of Oklahoma College of Public Health](#)  
[University of Pittsburgh Graduate School of Public Health](#)  
[University of Puerto Rico Graduate School of Public Health](#)  
[University of South Carolina Arnold School of Public Health](#)  
[University of South Florida, College of Public Health](#)  
[University of Texas School of Public Health](#)  
[University of Washington School of Public Health and Community Medicine](#)  
[Yale University School of Public Health](#)

**MEMBRES ASSOCIÉS [INSTITUTIONS EN ATTENTE D'ACCRÉDITATION]**

[Florida International University Stempel School of Public Health](#)  
[Louisiana State University Health Sciences Center School of Public Health](#)  
[National Institute for Public Health \(Instituto Nacional de Salud Pública\)](#)  
[University of Connecticut Graduate Program in Public Health](#)  
[University of Florida College of Public Health and Health Professions](#)  
[University of Louisville School of Public Health and Information Sciences](#)