

# **Les écoles de santé publique et le renforcement des systèmes de santé publique au Canada – Document de travail**

**Préparé par le Groupe de travail sur les ressources humaines  
en santé publique**

**ÉBAUCHE 4**

**14 novembre 2006**

Préparé par :

D<sup>r</sup> Brent W. Moloughney  
Conseiller en santé publique

## **REMERCIEMENTS**

Le contenu du présent document a bénéficié de la participation de plusieurs informateurs clés tant au Canada qu'à l'étranger. Leurs observations et leur inspiration se sont révélées précieuses. Les conclusions ou les erreurs sont la responsabilité de l'auteur.

Les membres du Groupe de travail sur les ressources humaines en santé publique et de ses sous-groupes, dont vous trouverez la liste ci-dessous, ont déjà formulé des commentaires sur les ébauches précédentes de ce document.

Elinor Wilson, *Association canadienne de santé publique*  
David Mowat, *Agence de santé publique du Canada*  
Erica DiRuggiero, *Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé publique et des populations*  
Lynn Vivian-Book, *Public Health Wellness and Children and Youth Services*  
Brian Emerson, *Population Health and Wellness*  
Ron de Burger, *Santé publique de Toronto*  
Joshua Tepper, *Ministère de la Santé et des Soins de longue durée*  
Janet Braunstein Moody, *Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse - Santé Canada*  
Bruce Reeder, *Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie*  
John Maxted, *Collège des médecins de famille du Canada*  
Peter Cooney, *Santé Canada*  
Jeanette Ward, *Université d'Ottawa*  
Rosemarie Goodyear, *Central Regional Integrated Health Authority*  
George Pasut, *Ministère de la Santé et des Soins de longue durée*  
Bart Harvey, *Département des sciences de la santé publique*  
Ingrid Tyler, *Faculté de médecine de l'Université de Toronto*  
Pierre Joubert, *Institut national de santé publique (Québec)*  
Helen McElroy, *Santé Canada*  
Ron Wall, *Agence de santé publique du Canada*  
Doug Wilson, *Université de l'Alberta*

# Table des matières

REMERCIEMENTS.....	ii
Introduction.....	1
QUELS SONT LES BESOINS? LACUNES ACTUELLES DES SYSTÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE.....	2
QU'EST-CE QU'UNE ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE?.....	5
Les écoles aux États-Unis.....	5
Les écoles en Europe.....	8
Les écoles en Australie.....	9
Au Canada – l'école de santé publique de l'Université de l'Alberta.....	10
Tendances vers la création d'écoles de santé publique.....	10
Caractéristiques des écoles existantes.....	11
Autonomie.....	11
Taille du corps professoral.....	12
Environnement interdisciplinaire.....	12
Diversité.....	13
Modèles de collaboration et modèles virtuels.....	13
Conseils consultatifs des écoles.....	14
DES ÉCOLES COMME MOYEN DE RÉPONDRE AUX BESOINS DU SYSTÈME AU CANADA.....	15
Principales fonctions de l'école : formation, recherche appliquée et service.....	15
Formation : études interdisciplinaires.....	15
Recherche appliquée.....	17
Service auprès des systèmes de santé et des collectivités.....	18
Résultats escomptés et caractéristiques de la conception des écoles de santé publique.....	18
Adaptation des départements et des centres universitaires.....	19
Liens avec les systèmes de santé publique.....	20
Liens avec d'autres institutions universitaires.....	21
Financement.....	22
Amélioration de la qualité – Agrément.....	23
Possibilités d'agrément des écoles canadiennes de santé publique.....	31
Combien d'écoles?.....	33
ENJEUX ET QUESTIONS À DISCUTER.....	34
ANNEXE A – INFORMATEURS CLÉS INTERVIEWÉS.....	37
ANNEXE B – Profil DE CERTAINES ÉCOLES DE SANTÉ PUBLIQUE.....	38
ANNEXE C – London School of Hygiene and Tropical Medicine Board.....	40
ANNEXE D – CRITÈRES DE L' AESPRES VISANT LES LIENS ENTRE LES ÉCOLES DE SANTÉ PUBLIQUE ET LE SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE.....	41
DOCUMENTS CONSULTÉS.....	44

# **Les écoles de santé publique et le renforcement des systèmes de santé publique au Canada – Document de travail**

## **INTRODUCTION**

Le renforcement des systèmes de santé publique tient à la suffisance d'un effectif compétent et judicieusement réparti. Comme le précisent de récents rapports, il n'existe pas de solution unique à l'égard de ce défi; une approche globale comportant de multiples éléments s'impose. Au Canada, grâce à une vingtaine d'universités qui projettent d'offrir ou qui offrent déjà une formation professionnelle de deuxième ou de troisième cycle en santé publique, cette lacune particulière sera rapidement corrigée. Bien que cette capacité élargie soit la bienvenue, elle a également suscité chez les membres du Groupe de travail sur les ressources humaines en santé publique (GTRHSP) et les responsables des programmes universitaires un intérêt à élaborer un ensemble de lignes directrices visant les programmes de maîtrise en hygiène publique (M.H.P.) au Canada. Par leur contenu, les lignes directrices se sont inspirées de l'agrément du programme de M.H.P. et des critères d'examen d'autres pays et elles ont été façonnées par un « désir de faire en sorte que ces programmes soient suffisamment uniformes pour que la désignation M.H.P. soit utile et pour qu'elle ait un sens pour les étudiants, les employeurs et les responsables des programmes de formation<sup>1</sup>. » La rétroaction du monde universitaire a révélé une opinion favorable au rôle directeur qu'a joué le GTRHSP dans l'élaboration des lignes directrices.

Nombre des programmes de M.H.P. actuels et projetés seront offerts par des départements universitaires faisant partie de facultés de médecine ou de sciences de la santé. Certaines de ces universités étudient la possibilité de créer des écoles de santé publique. Tout en donnant également les cours de M.H.P., les écoles de santé publique représentent des institutions de plus grande envergure et au profil plus important, une autonomie organisationnelle et une masse critique capable d'offrir une gamme beaucoup plus vaste d'initiatives de formation professionnelle et de recherche appliquée. La constitution d'écoles de santé publique représente un changement majeur pour le Canada sans école de ce genre depuis plus de 30 ans. La plupart des récents rapports sur les systèmes de santé publique sont muets ou vagues au sujet du concept des écoles de santé publique. Fait exception une communication de 2005 préparée à l'intention du GTRHSP et qui décrit une stratégie globale en faveur de la formation de la main-d'oeuvre en santé publique au Canada et qui présente plusieurs recommandations liées à l'école<sup>2</sup>. Compte tenu de l'abondance des sujets abordés dans le présent document, il n'était pas possible d'intégrer une analyse plus approfondie de sujets particuliers liés à la création d'écoles de santé publique. Au moment même où un certain nombre d'universités projettent de créer de telles écoles, il est opportun d'évaluer de façon plus détaillée les rôles potentiels et la contribution d'écoles de santé publique au renforcement des systèmes de santé publique au Canada.

Après avoir établi les lignes directrices du programme de M.H.P., les membres du GTRHSP ont demandé que soit élaboré le présent document de travail afin de renseigner les intervenants des systèmes des principaux enjeux stratégiques que pose la création d'écoles de santé publique en ce pays. Ce faisant, le présent document tentera de répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les besoins et quelles sont les lacunes auxquels les écoles de santé publique devraient idéalement répondre?
- Qu'entend-on par « école de santé publique »?
- Comment les écoles aideraient-elles à combler les lacunes des systèmes en formant une main-d'oeuvre?
- Comment les écoles parviendraient-elles à la qualité et à l'uniformité?
- Quelles sont les possibilités d'agrément?
- Quelles sont les prochaines étapes?

Le présent document se fonde sur l'examen des rapports sur les systèmes de santé publique actuels, les critères d'agrément des écoles de santé publique aux États-Unis, les pages Web de certaines écoles existantes et les entrevues auprès d'informateurs clés au Canada et à l'étranger. Dans le cadre d'un document de travail, les questions soulevées éclaireront, nous l'espérons, la planification et la création d'écoles de santé publique en ce pays et elles permettront de définir les questions à approfondir davantage. Le présent document s'adresse avant tout aux universités qui se proposent de créer des écoles de santé publique, aux responsables des systèmes officiels de santé publique aux niveaux fédéral, provincial ou territorial et régional, aux ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur et aux associations professionnelles.

## **QUELS SONT LES BESOINS? LACUNES ACTUELLES DES SYSTÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE**

La santé publique est la réponse qu'oppose la société aux menaces à la santé de l'ensemble de ses citoyens. Les praticiens de la santé publique ont pour mission d'améliorer et de protéger la santé des populations en cernant leurs problèmes et leurs besoins de santé et en offrant des programmes et des services capables d'y répondre. Les principales fonctions d'un système de santé publique sont les suivantes : l'évaluation de la santé de la population, la surveillance de la santé, la prévention des maladies et des blessures, la promotion et la protection de la santé, notamment la capacité de se préparer aux situations d'urgence en matière de santé publique et d'intervenir. Ces fonctions s'exercent d'une manière systématique à l'égard d'une vaste gamme d'états de santé et de déterminants, notamment la prévention des maladies chroniques et des blessures, le contrôle des maladies transmissibles, la santé environnementale et un développement sain pendant toute la durée du cycle de vie. Une ébauche d'un ensemble de compétences de base de la main-d'œuvre en santé publique a récemment été élaborée au Canada et constitue un excellent aperçu de l'étendue des connaissances, des compétences et des aptitudes des praticiens de la santé publique<sup>3</sup>.

En santé publique, la main-d'œuvre réunit de nombreuses disciplines ayant divers niveaux de formation régulière en santé publique. Nombreux sont les titulaires d'un diplôme de premier cycle dans une profession liée à la santé et se sont familiarisés à des degrés divers avec la santé publique au cours de leur formation de base. Actuellement, ces employés ont grandement besoin d'orientation et de formation au moment de leur entrée en emploi dans le système de santé publique. Les écoles pourraient renforcer le volet de la santé publique des études professionnelles de premier cycle et offrir une orientation et des études continues à l'intention de la main-d'œuvre.

Outre les fournisseurs de services de première ligne, les systèmes de santé publique doivent pouvoir compter sur

un groupe d'employés plus spécialisés, particulièrement aux niveaux des systèmes régionaux, provinciaux ou territoriaux et national. Ces employés ont souvent pour tâche de guider l'exécution du travail des employés de première ligne, tâche qui exige des compétences plus approfondies et plus vastes (voir l'encadré). En santé publique, la plupart des programmes d'études supérieures actuels étaient offerts par les départements universitaires qui mettent beaucoup plus l'accent sur la recherche que sur la pratique. Parmi les programmes qui mettent l'accent sur la pratique, certains insistent plus sur la pratique clinique liée aux soins individuels dans des établissements de soins de santé

**Exemples choisis de tâches en santé publique qui exigent une formation supérieure au premier cycle**

- Dresser un profil de la santé de la population, y compris, l'évolution des maladies et les facteurs qui contribuent à la santé (p. ex. un rapport sur l'état de santé).
- Utiliser l'information sur l'état de santé, les faits scientifiques probants actuels en vue d'interventions efficaces ainsi que les caractéristiques communautaires permettant de donner des conseils sur les priorités en vue d'une intervention en santé publique.
- Élaborer un plan global pour aborder une priorité de santé communautaire comme la prévention de l'obésité.
- Planifier et effectuer l'évaluation d'un programme.
- Mener une enquête sur l'éclosion d'une maladie transmissible.
- Élaborer un plan stratégique à l'intention d'un organisme de santé publique.
- Examiner les faits probants actuels et donner des conseils sur la meilleure façon d'intervenir dans une situation donnée.

que sur la pratique de la santé publique, qui porte surtout sur la santé des populations au sein des collectivités, des régions et des provinces ou territoires du Canada. Par exemple, un épidémiologiste clinique pourrait être surtout formé en vue d'évaluer l'efficacité des médicaments ou d'autres traitements chez les patients par rapport à un épidémiologiste dont l'action porte surtout sur la façon d'évaluer les besoins de santé d'une population ou d'aider lors d'enquêtes sur les éclosions de maladies transmissibles au sein d'une collectivité.

Plusieurs rapports ont insisté sur l'importance de renforcer la main-d'œuvre du système de santé publique et ont permis de recenser de nombreuses lacunes et préoccupations, notamment les suivantes :

- La nécessité d'une formation interdisciplinaire

- En santé publique, la pratique fait appel à de nombreuses professions (différents professionnels travaillent ensemble, partagent leurs compétences et leurs connaissances, pour offrir des services plus efficaces) et pourtant, les programmes d'enseignement et la planification des ressources humaines en santé ont toujours été le fait de professions ou de disciplines distinctes. Si nous voulons que des professionnels de disciplines différentes travaillent ensemble, alors ils doivent être formés ensemble.
- La pratique de la santé publique tire parti de compétences dans de nombreux domaines de base de la science et du savoir. Aujourd'hui, un professionnel de la santé publique doit posséder des rudiments en épidémiologie, en sciences sociales, en droit, en éthique, en gestion des services de santé, etc. Les programmes de formation doivent intégrer l'apprentissage de ces volets distincts pour former un professionnel capable de les appliquer dans une panoplie de problèmes de santé.
- La nécessité d'accroître la capacité de formation – pertinence, nombre, répartition, options
  - Les programmes d'éducation spécialisés en santé publique et les programmes d'éducation permanente en santé ont été peu nombreux.
    - Majoritairement, la main-d'œuvre en santé publique se compose de travailleurs de première ligne qui, généralement, n'ont pas besoin de formation supérieure au premier cycle. Toutefois, ils ont besoin d'un ensemble de compétences en santé publique. Pour nombre d'entre eux, leurs antécédents ne les préparent pas suffisamment; leurs connaissances et leurs compétences doivent être mises à jour au fil du temps pour leur permettre de traiter de nouveaux enjeux et des données nouvelles. Les employés de première ligne et le personnel spécialisé sont aux prises avec le défi que pose l'insuffisance des possibilités d'éducation permanente en santé publique.
    - Les programmes des cycles supérieurs traditionnels portaient surtout sur les compétences en épidémiologie et en recherche de sorte que de nombreux diplômés s'orientent vers la recherche plutôt que vers la pratique en santé publique. Ceux qui pratiquent en santé publique estiment que leur formation ne les y a pas suffisamment préparés.
  - En formation, la capacité n'est pas répartie également à l'échelle du pays. Plusieurs provinces et territoires dépendent des programmes de formation d'autres provinces pour former leurs travailleurs en santé publique.
  - Dans la perspective d'un système, le Canada a besoin d'un ensemble de programmes de formation : les niveaux des diplômes officiels (baccalauréat, maîtrise, doctorat), la formation non couronnée par un grade (diplôme, certificat), l'éducation permanente, différents formats (formation à distance, apprentissage en ligne, cours abrégé, etc.). L'appui accordé au rattrapage de mi-carrière comporte des conséquences sur les options de formation à distance et les études à temps partiel.
- Plus de stages et de travaux pratiques en santé publique
  - La capacité du secteur d'attirer de nouveaux fournisseurs se heurte à l'insuffisance des stages ou des travaux pratiques en santé publique. Par

exemple, si on ne présente pas la pratique en santé publique aux étudiants en soins infirmiers et en médecine au cours de leur formation, quelle est la probabilité que ces derniers souhaiteront en faire un choix de carrière plus tard? L'absence de travaux pratiques dans les régions ayant des besoins plus pressants entrave également la capacité de recruter, les étudiants n'ayant pas eu la possibilité de découvrir de tels milieux au cours de leur formation.

- Un environnement de recherche appliquée en santé publique plus fort, accompagné d'une interprétation et d'un échange de connaissances – les connaissances actuelles ne sont pas pleinement appliquées, et la recherche permanente portant spécifiquement sur les problèmes des praticiens de la santé publique est limitée. Il faut des liens solides entre les chercheurs et les personnes qui ont besoin d'appliquer les résultats des recherches.
- Une meilleure coordination entre les institutions pour éviter le chevauchement et pour appuyer l'accès à une gamme complète de programmes de formation de même que le partage et la collaboration pour assurer la durabilité des ressources prévisibles. Tandis que les discussions précédentes sur les écoles « virtuelles » de santé publique se fondaient jusqu'à un certain point sur l'incapacité de créer une école véritablement intégrée, elles tentaient également de mettre à profit l'expertise qui existe déjà dans diverses universités et d'en éviter le chevauchement inutile.
- Améliorations de la qualité et agrément – absence actuelle d'initiatives canadiennes à l'égard des programmes de l'enseignement supérieur ou des écoles de santé publique<sup>4-7</sup>.

Aux premiers stades de la planification des ressources humaines en santé publique, les descriptions exactes de la main-d'œuvre actuelle et des besoins prévus ne sont pas encore disponibles, bien que le travail ait débuté en ces domaines. Ce que les récents rapports ont mis en lumière, ce sont les lacunes largement répandues dans les programmes de formation, la nécessité d'élargir la capacité des systèmes de santé publique actuels et une vague prochaine de retraites au sein de la main-d'œuvre existante. La contribution possible des écoles de santé publique doit se mesurer à l'aune de leurs réponses aux besoins établis du système. La prochaine section du présent document présente une brève description des écoles de santé publique actuelles.

## **QU'EST-CE QU'UNE ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE?**

Les écoles de santé publique existent dans un certain nombre de pays. Voici un bref résumé de leurs définitions ou de leurs modèles.

### ***Les écoles aux États-Unis***

Aux États-Unis, le Council on Education for Public Health ([CEPH](#)) (conseil sur l'enseignement en santé publique) établit des ensembles de critères semblables, mais distincts à l'égard des programmes d'enseignement supérieur agréés<sup>8</sup> et les écoles de santé publique<sup>9</sup>. Les critères des écoles sont beaucoup plus exigeants que ceux des

programmes des cycles supérieurs. Voici, selon le CEPH, les principales caractéristiques qui définissent les écoles et qui pourraient être les plus difficiles à satisfaire pour les écoles canadiennes dans une perspective structurelle et de masse critique :

- Mêmes droits, privilèges et statut que les autres écoles professionnelles (p. ex. médecine)
- Diplôme de M.H.P. dans chacun des cinq domaines de connaissances essentiels en santé publique<sup>i</sup>
- Un doctorat dans au moins trois des cinq domaines désignés des connaissances en santé publique
- Au moins cinq professeurs par secteur de disciplines – tous à temps plein dans les disciplines liées au doctorat et un minimum de trois professeurs à temps plein et de deux équivalents temps plein (ETP) dans les seules disciplines de la M.H.P. (c.-à-d. 21 à temps plein plus quatre ETP)
- S'ils sont parrainés par plus d'une institution, alors l'institution promotrice doit :
  - avoir le degré d'autonomie du candidat seul
  - offrir un programme d'études de M.H.P. dans au moins les cinq domaines de connaissances essentielles en santé publique
- Nota : ne peut être désignée ni promouvoir d'institutions à titre « d'école de santé publique » si elle est uniquement agréée comme programme d'études supérieures de M.H.P. – cela a des répercussions pour les universités qui contemplent l'agrément d'un programme par le CEPH, mais qui souhaitent devenir une « école » plus tard.

Bien que les critères exigent un minimum de 25 professeurs, selon l'Association of Schools of Public Health (ASPH), l'expérience a permis de constater que les écoles exigent généralement deux fois ce nombre pour atteindre une masse critique suffisante. Il existe actuellement 38 écoles de santé publique agréées par le CEPH et 65 programmes d'études supérieures. Deux tendances retiennent particulièrement l'attention. Un nombre grandissant d'écoles sont agréées alors qu'environ une ou deux nouvelles écoles s'y ajoutent chaque année. En outre, les institutions à l'extérieur des États-Unis commencent à demander l'agrément au CEPH. Par exemple, la dernière école agréée est à Mexico, et l'Université de Montréal a obtenu en 2005 l'agrément de son programme de maîtrise ès sciences (santé communautaire) [M. Sc. (santé communautaire)]. Selon le CEPH, un certain nombre d'autres écoles aux États-Unis et à l'étranger sollicitent l'agrément. Le CEPH est le seul organisme au monde autorisé à agréer les programmes et les écoles

---

<sup>i</sup> Statistiques biologiques – collecte, stockage, extraction, analyse et interprétation de données sur la santé; conception et analyse de sondages et d'expériences liés à la santé; concepts et pratique d'analyse de données statistiques;

Épidémiologie – distributions et déterminants de la maladie, des handicaps et des décès au sein des populations humaines; caractéristiques et dynamique des populations humaines; histoire naturelle de la maladie et fondement biologique de la santé;

Sciences de l'hygiène du milieu – facteurs environnementaux, notamment les facteurs biologiques, physiques et chimiques qui influent sur la santé d'une collectivité;

Administration des services de santé – planification, organisation, administration, gestion, évaluation et analyse stratégique des programmes de santé et de santé publique;

Sciences sociales et comportementales – concepts et méthodes des sciences sociales et comportementales pertinentes à la définition et à la solution de problèmes de santé publique.

d'études supérieures en santé publique. L'émergence de multiples programmes de M.H.P. et la discussion sur des écoles de santé publique au Canada s'intensifiant, le CEPH a reçu des demandes de renseignements de la part d'un certain nombre d'institutions canadiennes. Comme le montre l'agrément du programme actuel à Montréal, le CEPH est disposé à accueillir des candidats du Canada, et l'ASPH admettrait les écoles canadiennes agréées.

Les critères d'agrément du CEPH créent une dichotomie claire entre les écoles et les programmes. L'accent initial sur les « écoles » résultait des mesures incitatives gouvernementales à l'égard de ce modèle particulier. L'agrément a d'abord été créé uniquement pour les écoles, puis plus tard, il a été étendu aux programmes. Aux dires de l'actuel directeur du CEPH, la qualité de la formation de la M.H.P. n'est pas nécessairement supérieure dans une école agréée comparativement à un programme agréé. Toutefois, une école est plus susceptible d'offrir des options de formation plus approfondies et plus étendues (p. ex. des axes supplémentaires en M.H.P. , des choix, des doctorats, etc.).

Une des préoccupations que soulève un processus d'agrément est l'influence négative qu'il pourrait exercer sur l'innovation. Cependant, bien que les critères d'agrément du CEPH soient très précis et détaillés, les écoles sont en réalité très hétérogènes aux États-Unis. Comme l'a signalé un informateur clé, lorsque vous avez vu une école américaine, vous n'en avez vu qu'une. Le fait qu'à l'égard de nombreux critères du CEPH, les écoles peuvent déterminer comment y répondre et qu'elles peuvent justifier l'approche retenue compte peut-être au nombre des facteurs contributifs.

Aux États-Unis, outre l'agrément des écoles et des programmes de santé publique, une nouvelle initiative de l'ASPH consiste à planifier la délivrance de titres de compétence au niveau *individuel*. En avril 2006, le National Board of Public Health Examiners (conseil national des examinateurs en santé publique) a été créé pour concevoir un examen de délivrance de titres volontaire à l'intention des diplômés de maîtrise ou de doctorat d'écoles ou dans le cadre de programmes agréés par le CEPH. Selon l'ASPH, l'intention est de faire en sorte que ce titre en santé publique devienne un mécanisme pour s'assurer que les finissants des études supérieures maîtrisent les compétences requises. Cela semble également constituer un mécanisme supplémentaire permettant de différencier clairement entre les programmes agréés et ceux qui ne le sont pas. La mise en œuvre initiale de l'examen est actuellement prévue pour 2008. Pour l'heure, il n'est pas certain que cette initiative influera sur les projets des écoles canadiennes.

Un récent rapport de l'influent Institute of Medicine (institut de médecine) sur la formation des professionnels en santé publique signale que les écoles doivent de nouveau évoluer, en partie parce que les problèmes actuels exigent des connaissances et des approches nouvelles et en partie à cause des progrès de la science et de la meilleure compréhension des déterminants de la santé, des liens qui les unissent et de leurs interactions<sup>10</sup>. Le comité qui a rédigé le rapport a désigné à l'égard des écoles de santé publique les six responsabilités principales suivantes :

- Former les éducateurs, les praticiens et les chercheurs et former les dirigeants et les gestionnaires en santé publique
- Servir de pôle d'attraction pour la recherche transdisciplinaire d'écoles multiples et pour la recherche traditionnelle en santé publique afin de promouvoir la santé de la population
- Contribuer à l'élaboration de politiques visant à améliorer la santé de la population
- Travailler en collaboration avec d'autres écoles professionnelles pour veiller à la qualité du contenu de leurs programmes en santé publique
- Permettre à la main-d'œuvre en santé publique de poursuivre son apprentissage sa vie durant
- S'engager activement avec diverses collectivités à améliorer la santé de la population<sup>10</sup>

## ***Les écoles en Europe***

En Europe, la situation des écoles de santé publique est moins claire. Mentionnons l'Association des écoles de santé publique de la région européenne (AESPRE), créée en 1966, et qui compte plus de 72 membres institutionnels de plus de 30 pays. Malgré la désignation de l'organisme, peuvent y adhérer des institutions comme les écoles, les facultés, les départements ou les unités responsables de l'enseignement en santé publique au sein de la région européenne. L'examen de la liste des membres révèle que la plupart sont des départements d'universités, bien qu'on y relève également certaines écoles (p. ex. la London School of Hygiene and Tropical Medicine, plusieurs écoles scandinaves et d'Europe de l'Est).

Bien que l'AESPRE n'offre pas l'agrément, elle propose un processus d'examen par les pairs de qualité et facultatif qui est un avantage, sans qu'il soit obligatoire d'y adhérer. Seule une minorité d'organismes membres ont été l'objet de l'examen, et la plupart des examens récents se sont déroulés en Europe de l'Est en raison de la présence d'un parrainage par un tiers. Les critères de l'examen par les pairs sont semblables à ceux du CEPH, mais ils n'établissent pas de distinction entre les écoles et les programmes. En fait, les termes semblent interchangeables.

Dans le cadre d'une analyse d'options en vue d'en arriver à un processus d'agrément officiel, l'AESPRE a publié les résultats d'une série de rencontres et de documents d'information<sup>11</sup>. À l'examen de ces documents, on constate que l'AESPRE utilise le terme « école » d'une façon très générale en référence à un programme de formation plutôt qu'à l'acception plus traditionnelle d'une institution à l'intérieur d'un collège ou d'une université ou y étant associée. L'AESPRE a exprimé le souhait de créer un projet d'agrément officiel, mais elle n'a pas encore été en mesure de le faire.

La London School of Hygiene and Tropical Medicine est une des écoles officielles de santé publique au sein de l'AESPRE. Cette école n'a pas encore participé à un examen de

l'AESPRES, mais elle a déjà sérieusement envisagé la possibilité de demander l'agrément du CEPH. Le projet a avorté, semble-t-il, en raison de l'absence de travaux pratiques dans ses programmes et peut-être de difficultés à respecter les critères de santé environnementale.

## ***Les écoles en Australie***

En Australie, l'Australian Network of Academic Public Health Institutions (ANAPHI) (le réseau australien des institutions universitaires de santé publique) comprend 19 institutions qui offrent actuellement une série de programmes en santé publique. L'ANAPHI a été constitué pour promouvoir la collaboration entre les institutions universitaires australiennes qui contribuent à la formation et à la recherche en santé publique et pour établir des partenariats avec les gouvernements afin de mieux comprendre l'intérêt national et d'y mieux répondre. La plupart des institutions membres reçoivent du financement dans le cadre du programme Public Health Education and Research Program (PHERP) (le programme d'enseignement et de recherche en santé publique) financé par le gouvernement d'Australie.

La plupart des institutions membres de l'ANAPHI sont des départements d'universités, bien que sept soient étiquetées écoles de santé publique ou de la population. La taille des écoles varie, mais la plupart des institutions sont de taille relativement grande et comptent près de 50 professeurs. Elles ont tendance à se regrouper avec d'autres écoles des sciences de la santé au sein de facultés.

Le financement fédéral de l'enseignement supérieur en santé publique est relativement unique comparativement à d'autres domaines en Australie. Toutefois, en santé publique, le gouvernement fédéral accorde aux États un financement ciblé qui représente environ la moitié de la totalité du budget du système de santé publique. Bien que les fonds fédéraux aient favorisé une augmentation de la capacité de formation, ils ont également rapidement conduit à la prolifération des programmes. Le gouvernement a par la suite exigé la création de consortiums d'État pour réduire le chevauchement, améliorer l'accès et accroître la masse critique. On abordera la question des consortiums de façon plus détaillée dans une partie subséquente du présent document.

L'ANAPHI discute activement de la façon d'améliorer la qualité de ses institutions. Actuellement, un groupe de travail définit les processus et les indicateurs de qualité existants dans ses programmes et ses écoles. Le groupe de travail examinera également les lignes directrices nationales de formation et il tiendra compte des nouvelles compétences de la M.H.P. diffusées par l'ASPH. On prévoit organiser une série d'ateliers pendant l'automne pour discuter des résultats et des options. Il est trop tôt pour prédire quels seront les résultats, bien que la question de l'agrément sera probablement abordée.

## ***Au Canada – l'école de santé publique de l'Université de l'Alberta***

En mars 2006, l'Université de l'Alberta a annoncé la création de la première et unique école de santé publique du Canada des dernières décennies<sup>ii</sup>. L'école existe à titre de faculté autonome chargée de la planification, du recrutement, de la promotion, de la titularisation et du budget. Trois volets principaux ont été réunis pour former cet organisme, à savoir :

- le département des sciences de la santé publique
- le centre des études sur la promotion de la santé
- le centre albertain de la recherche et de la prévention des blessures

Actuellement, l'école offre des programmes de maîtrise constitués de cours et assortis d'une thèse en promotion de la santé, une M.H.P., une M. Sc. et un doctorat en sciences de la santé publique. À mesure que l'école se déploie, l'intention est de s'adresser au CEPH pour demander son agrément.

## ***Tendances vers la création d'écoles de santé publique***

De toute évidence, l'intérêt que suscite la création d'écoles de santé publique ne se limite pas au Canada. Le concept d'une école est largement accepté et est appliqué dans le monde entier. De nouvelles écoles voient le jour aux États-Unis et dans d'autres pays (voir l'encadré). Outre les écoles déjà énumérées, de nouvelles sont en voie de création en Europe de l'Est, en Asie du Sud-Est et en Inde. Par exemple, la création de la Public Health Foundation of India a été annoncée en avril 2006; l'Inde se propose de créer cinq nouvelles écoles de santé publique et un organisme d'agrément afin de normaliser l'éducation en santé publique. L'ASPH agit comme conseil à l'égard de la création des écoles, et plusieurs doyens d'écoles des États-Unis étaient présents lors de l'annonce à New Delhi.

### **Écoles de santé publique de création récente**

Chinese University of Hong Kong - 2004  
Griffith School (Brisbane) – 1997  
University of New South Wales (Sydney) – 2001  
Université de l'Alberta - 2006

Récents agréments du CEPH :

- Instituto Nacional de Salud Publica – Mexico – 2006
- University of Kentucky - 2005
- Drexel University (Philadelphia) – 2004
- University of Arkansas for Medical Sciences – 2004
- Texas A&M University System Health Science Center - 2001

<sup>ii</sup> L'Université de Toronto peut revendiquer le titre de pionnière en ce qu'elle a créé la première école de santé publique du pays. L'École d'hygiène a été fondée en 1927, agréée par les prédécesseurs de l'actuel CEPH et a été membre fondateur de l'Association of Schools of Public Health. L'École a été intégrée à la faculté de médecine en 1975<sup>12</sup>.

## CARACTÉRISTIQUES DES ÉCOLES EXISTANTES

L'information sur les écoles existantes et projetées a été obtenue au moyen d'entrevues auprès d'informateurs clés (voir l'annexe A) et de recherches sur Internet sur des écoles choisies (voir l'annexe B).

### **Autonomie**

Les écoles constituent des entités organisationnelles d'un niveau supérieur à celui d'un département universitaire et, par conséquent, jouissent d'une plus grande autonomie. Les critères d'agrément du CEPH insistent sur l'importance de l'autonomie d'une école de santé publique qui doit être l'égale des autres écoles de l'université (par exemple la faculté de médecine) et jouir des mêmes privilèges. Cette caractéristique a également été observée dans de nombreuses écoles à l'extérieur des États-Unis, mais non pas dans toutes. Les informateurs clés ont dit que cette autonomie conférerait la latitude nécessaire aux fins suivantes :

- Établir la mission commune de l'organisme
- Le contrôle administratif et budgétaire
- Établir les critères de la sélection et de la promotion des professeurs
- Définir et offrir des diplômes interdisciplinaires
- Élaborer des ententes de collaboration au sein de l'université et à l'extérieur, notamment le système de santé publique – ce qui est plus facile à réaliser à titre d'école qu'à celui de département d'une plus grande faculté
- Une visibilité et une reconnaissance plus grandes de la santé publique
- Réunir des fonds et les utiliser pour réaliser la mission de l'organisme

En d'autres mots, une école peut non seulement définir la mission, mais également créer l'environnement nécessaire pour la réaliser. Une des caractéristiques essentielles d'une école de santé publique devrait être une orientation vers la pratique. Une plus grande autonomie procure les moyens de se donner une telle orientation. Les contextes universitaires particuliers peuvent varier. Il se peut qu'un département ait certaines de ces caractéristiques souhaitables et qu'une école ne les ait pas toutes. Toutefois, les facultés ou écoles sont généralement au niveau organisationnel où se situe cet ensemble de pouvoirs.

Certaines écoles à l'extérieur des États-Unis ne sont pas distinctes des facultés de médecine. Dans certains cas, comme à Liverpool, on semble utiliser le terme « médecine » pour désigner toutes les sciences de la santé de sorte que la faculté de médecine semble au même niveau organisationnel que l'école associée de la santé publique. La structure de la nouvelle école à Hong Kong est plus complexe. Elle est située au sein de la faculté de médecine, avec d'autres écoles professionnelles en soins infirmiers et en pharmacie et une série de départements de médecine et d'autres centres. Bien que cette école jouisse d'une autonomie substantielle, on a jugé bon de maintenir des liens étroits avec la médecine pour l'enseignement de la santé publique aux médecins et à d'autres professionnels des soins de santé et pour appuyer l'interface entre la santé

publique et les soins primaires. En fait, le département de médecine communautaire et familiale est logé dans l'école de santé publique.

### ***Taille du corps professoral***

Outre le fait de jouir d'une plus grande autonomie que les départements, les écoles devraient généralement atteindre une masse critique plus considérable qu'un département. Cela tient à ce que l'école est supposée disposer de compétences plus approfondies et plus étendues qu'un département type, en plus de disposer de liens plus nombreux sur le terrain. Selon le CEPH, le nombre minimal de professeurs à temps plein est 25. Dans le monde, de nombreuses écoles ayant été l'objet d'un examen sont beaucoup plus imposantes. Les informateurs clés suggèrent qu'il est préférable d'avoir au moins le double de ce nombre, bien que cela puisse prendre du temps. Nombre des institutions canadiennes qui cherchent activement à réaliser le concept des écoles projettent d'avoir au moins 25 professeurs; toutefois, dans de nombreux cas, cela dépend des nouveaux fonds et tient pour acquis la disponibilité de professeurs qualifiés. Les critères du CEPH qui imposent une répartition par discipline particulière de ces professeurs constituent un facteur connexe, mais distinct et seront abordés de façon plus détaillée dans une des parties suivantes du présent document.

### ***Milieu interdisciplinaire***

De nombreux informateurs clés ont décrit un thème commun, soit celui selon lequel le fait de disposer d'une école signifiait qu'il était possible de regrouper de multiples disciplines, de contribuer à la formation de professionnels interdisciplinaires et d'appuyer la recherche appliquée. Cela ressemble à d'autres écoles professionnelles comme celles de médecine où l'expertise d'un certain nombre de sciences essentielles inspire la formation pratique d'un professionnel. Le regroupement de plusieurs disciplines pour participer à l'enseignement et à la recherche appliquée peut sans doute se réaliser en l'absence d'une école. Toutefois, une école possède des avantages intrinsèques, car elle favorise une collaboration active par le biais des structures organisationnelles, d'un regroupement sous un même toit et d'une seule direction administrative. Plusieurs informateurs clés ont également précisé qu'une école est plus en mesure de sensibiliser d'autres entités et de créer des liens avec elles à l'intérieur et à l'extérieur d'une université sans risque d'obstacles directs ou indirects de la part des facultés d'origine.

Certains informateurs canadiens et étrangers se sont demandé si l'accent mis par le CEPH sur les cinq disciplines de base pouvait limiter l'étendue de l'expertise qu'exige une école. Cette question sera abordée de façon plus détaillée dans une des sections suivantes du présent document.

## **Diversité**

Comme il a déjà été mentionné, les écoles de santé publique des États-Unis présentent une diversité considérable. De nombreuses écoles mettent l'accent sur des régions géographiques et sur le développement de secteurs d'intérêt particulier. De nombreuses écoles adoptent une approche nettement internationale, et plusieurs écoles canadiennes se proposent également d'avoir une concentration sur la « santé globale ». En Australie, les écoles peuvent varier considérablement selon qu'elles mettent l'accent sur la pratique plutôt que sur la recherche en santé publique.

## **Modèles de collaboration et modèles virtuels**

Peu nombreuses sont les écoles qui existent à titre de collaborations officielles. Aux États-Unis, les critères du CEPH autorisent des modèles de collaboration, mais ils stipulent le contenu minimal de telles ententes. Actuellement, il n'existe qu'une école de collaboration accréditée par le CEPH; elle est située au New Jersey. La collaboration initiale a pris place entre la New Jersey University of Medicine and Dentistry (NJUMD) et la State University (Rutgers) pour un programme d'études supérieures de collaboration. La NJUMD est en réalité elle-même un modèle de collaboration, car elle réunit trois facultés de médecine. Un modèle de collaboration permettait d'éviter les chevauchements et la perspective de trois écoles distinctes de santé publique dans un secteur géographique relativement restreint. Deux autres institutions se sont depuis jointes à cette collaboration. Chaque campus compte un coordonnateur de la santé publique qui est le principal interlocuteur du doyen. Cela a facilité la communication et la coordination sur les différents campus.

En Australie, les écoles font partie de consortiums d'État. Il s'agissait d'une condition du financement fédéral par rapport à une évolution volontaire des programmes de formation. Le financement fédéral a servi de ciment pour favoriser les consortiums sans quoi nombre d'entre eux n'auraient pas été créés. À mesure que les organismes ont pris de l'expansion et que la concurrence s'est intensifiée, la tension entre les partenaires des consortiums s'est exacerbée. Un consortium a apparemment mis fin à ses activités. Dans un autre, on a tenté d'établir un tronc commun de cours de première année de M.H.P. offerts conjointement par les partenaires, suivi d'une deuxième année d'axes de spécialisation offerts par des institutions particulières en fonction des secteurs dans lesquels elles excellent. Tout en essayant d'éviter les chevauchements, une tension est née entre les responsables des programmes cherchant à inciter les étudiants à assister aux cours de leurs axes particuliers. Les consortiums semblent mieux fonctionner lorsque les partenaires ne sont pas en concurrence et disposent de niches distinctes. Le fait pour les partenaires d'exercer le leadership à tour de rôle, comme la présidence du consortium, peut également favoriser l'établissement d'une confiance et d'une compréhension mutuelles.

Le Canada partage certaines similarités avec l’Australie. Avec une population relativement faible, une grande superficie et un réservoir limité de professeurs sur lesquels compter, le concept de consortium semble être valable. Au Canada, les consortiums semblent se justifier. Par exemple, on pourrait créer des consortiums dans les villes importantes comme Montréal et Vancouver, dans les régions où des institutions particulières pourraient avoir de la difficulté à atteindre une masse critique suffisante ou dans les régions où la population est insuffisante pour justifier plusieurs écoles. Toutefois, il existe souvent des rivalités entre les institutions locales et il est parfois difficile pour elles d’établir des partenariats volontaires.

En l’absence de mesures de financement incitatives de la part des gouvernements, on pourrait encourager la constitution de partenariats officiels par le biais de critères d’agrément qui favorisent la collaboration entre de plus petites entités. Bien que cette possibilité ne soit pas nécessairement valable pour tous, une université peut également envisager un partenariat de collaboration avec une école de santé publique existante et agréée aux États-Unis afin d’atteindre des objectifs particuliers (p. ex. certaines forces au niveau du contenu, la masse critique, l’agrément, etc.). Une telle initiative imiterait certains partenariats transfrontières dans d’autres domaines (p. ex. le programme de MBA pour gens d’affaires des universités Queen’s et Cornell).

L’examen des écoles de santé publique n’a pas révélé de modèles virtuels. Cette idée circulait au Canada depuis un certain nombre d’années. Il semble que la motivation à l’égard de cet aspect virtuel soit issue, au moins en partie, de préoccupations concernant la possibilité de créer une véritable école par rapport aux caractéristiques intrinsèques d’un modèle virtuel. Une des raisons fondamentales de l’établissement d’une école est la création d’un organisme ayant une masse critique d’expertise et une capacité suffisantes sous une direction unique pour prendre en compte la formation professionnelle, la recherche appliquée et le service dans un contexte d’intégration. Une école virtuelle ne peut pas répondre à ces caractéristiques; c’est pourquoi on suggère d’abandonner le terme. Il ne faut pas en déduire qu’une école ne devrait pas participer à des réseaux virtuels ou à d’autres modèles d’apprentissage par catégorie ni offrir l’éducation à distance. Toutefois, un réseau virtuel n’est pas une école, car le terme « école » évoque l’existence d’une entité organisationnelle centrale ayant une masse critique d’expertise et une capacité.

### ***Conseils consultatifs des écoles***

Certaines écoles disposent déjà d’une forme de groupe consultatif qui constitue un mécanisme permettant de faire participer les principaux intervenants. Par exemple, le conseil de la London School of Hygiene and Tropical Medicine se compose d’un certain nombre de représentants des professionnels et du gouvernement (voir l’annexe C). En Australie, le modèle des consortiums est nécessaire pour disposer d’un organe consultatif officiellement admissible dans le système de santé publique.

L'examen des différents types de conseils utilisés et leurs avantages relatifs dépasse la portée du présent rapport. Toutefois, les conseils ont été un élément clé de la gouvernance dans la constitution d'organismes de santé publique provinciaux au pays; ils ont été un des attributs recommandés, mais non institués, de l'organisme fédéral. Pour une école, c'est un moyen d'appuyer les liens stratégiques avec la pratique. Pour reprendre l'expression d'un informateur clé, une école de santé publique peut être un mécanisme vers un programme commun avec des partenaires, et un conseil serait un moyen d'y parvenir. Les entrevues ont révélé la préoccupation de gérer les attentes possibles que pourrait susciter un conseil à l'égard d'une école. Cela souligne l'importance de la clarté de l'orientation et du rôle d'un conseil.

La prochaine section permet d'explorer de façon plus détaillée dans quelle mesure un modèle d'école de santé publique au Canada pourra répondre aux besoins du système déjà précisés dans le présent document.

## **DES ÉCOLES COMME MOYEN DE RÉPONDRE AUX BESOINS DU SYSTÈME AU CANADA**

Une section précédente du présent document a précisé les besoins du système dans plusieurs domaines de la formation et de la recherche appliquée en santé publique. Actuellement, le Canada dispose d'un certain nombre de programmes capables d'offrir une formation unidisciplinaire de deuxième et de troisième cycles dans les sciences de base en santé publique, comme l'épidémiologie. Le pays compte un nombre limité de programmes d'études professionnelles de maîtrise en hygiène publique, mais de toute évidence, cette situation se modifie avec la création de multiples nouveaux programmes du type de la M.H.P. En adoptant comme hypothèse que cette capacité existe, la question est de savoir quel avantage supplémentaire pourraient offrir les écoles.

### ***Principales fonctions de l'école : formation, recherche appliquée et service***

#### **Formation : études interdisciplinaires**

Si le Canada doit disposer de plusieurs programmes de M.H.P., pourquoi aurait-il besoin d'écoles? En plus de former des titulaires de M.H.P. généralistes de qualité, une école contribue à l'évidence la capacité d'offrir de plus vastes axes de spécialisation dans la formation en santé publique appliquée. Chaque axe de spécialisation doit comporter sa propre masse critique d'expertise de sorte qu'une plus grande entité serait en mesure d'offrir une gamme plus étendue de ces axes. Par exemple, l'école LaTrobe University en Australie offre six axes de spécialisation en

#### **Axes de spécialisation – LaTrobe University School of Public Health**

- Politique de santé
- Promotion de la santé et sciences sociales
- Politique de santé internationale
- Gestion des services de santé
- Santé au travail et réadaptation
- Veillissement en santé

plus d'un axe général dans le cadre de son diplôme de M.H.P. (voir l'encadré). Dans l'optique d'un étudiant, l'existence des consortiums australiens présente un choix encore plus grand d'axes parmi les partenaires institutionnels.

Dans la pratique de la santé publique, il y a certains domaines spécialisés dont peut-être seules quelques institutions au pays auraient les moyens de se doter, par exemple le droit sanitaire, l'informatique et la génomique. Il semble plutôt que le fait de créer la capacité en ces domaines et d'y subvenir est plus probable dans un milieu comme l'école ayant de nombreuses ententes avec des organismes affiliés.

Tout comme les facultés de médecine et les écoles de soins infirmiers sont affiliées à des milieux d'enseignement bien constitués, comme les hôpitaux universitaires, de la même façon, une école de santé publique devrait être reliée à un imposant réseau d'expériences pratiques et à une faculté d'enseignement fondé sur l'exercice. Idéalement, il s'agirait d'une faculté dont les nominations se font conjointement et qui réunit l'enseignement, la recherche et le service. Bien qu'il soit possible d'y parvenir dans le cadre de plus petits départements universitaires, une masse critique axée sur la formation professionnelle et des partenariats officiels avec le système de santé publique pourraient favoriser la création de solides centres de formation.

Outre l'étendue, il y a également la pénétration de la formation professionnelle en santé publique. Tandis que de nombreuses universités existantes peuvent offrir une formation au niveau du doctorat dans une science de base de la santé publique, la valeur d'une école consiste à pouvoir offrir, au niveau du doctorat, une formation interdisciplinaire (p. ex. un grade du type D. H.P.) qui mette davantage l'accent sur l'application du système. L'importance de l'expertise interdisciplinaire pour appuyer un tel programme et les aménagements probables avec des écoles affiliées et des milieux de pratique représente une masse critique et des exigences organisationnelles adaptées à une école.

L'éducation permanente constitue une lacune majeure des systèmes de santé publique. Les employeurs en santé publique avaient tendance à ne pas investir en ce domaine, et les départements universitaires types ont un intérêt, une capacité et une expertise pratique limitées lorsqu'il s'agit d'offrir une éducation permanente en santé publique. Il semble probable que seules les institutions ayant de solides liens avec le domaine et pouvant mettre en valeur leur potentiel en partenariat avec des organismes gouvernementaux et professionnels pourront combler ces lacunes de façon significative. Vu la pénurie actuelle des ressources, il est sans doute préférable de bien effectuer ce travail en quelques emplacements seulement plutôt que de se livrer à des tentatives dans l'ensemble du pays. Les écoles dotées de solides orientations vers la pratique et possédant de puissants liens en ce domaine semblent les plus aptes à réussir. La thèse sur la participation des écoles est plus importante encore pour les programmes de perfectionnement professionnel hautement spécialisés, comme un programme de leadership et de gestion en santé publique, et susceptibles de bénéficier d'une collaboration entre une école de santé publique et une école de gestion ou d'administration publique.

La création d'une école de santé publique comporte certains risques dont celui de déplacer un département existant en dehors d'une faculté, comme la faculté de médecine, les liens avec l'éducation professionnelle de premier cycle pouvant s'en trouver affaiblis. De la même façon, dans d'autres écoles ou facultés (p. ex. les soins infirmiers), on pourrait croire qu'il ne faut pas s'inquiéter de la formation des étudiants en santé publique, car cette responsabilité incombe aux autorités de l'école de santé publique. Ces arguments ne vont pas à l'encontre d'une école, mais ils comportent un risque. Outre le fait d'offrir une formation de niveau supérieur, les écoles doivent contribuer aux programmes professionnels de premier cycle d'où émane la majeure partie de la main-d'œuvre en santé publique.

## Recherche appliquée

La capacité d'effectuer des recherches pertinentes qui éclaireront et amélioreront l'organisme et la prestation de services de santé publique exige des liens étroits avec le domaine en question. Cela est bien établi et constitue un des principaux objectifs du financement annoncé des chaires en santé publique appliquée des IRSC-ISPP et de l'ASPC<sup>iii13</sup>. Les départements universitaires existants ont lutté pour embaucher des personnes ayant des antécédents en pratique de santé publique. Cette situation a notamment comme conséquence que les intérêts des professeurs en matière de recherche ont tendance à ne pas coïncider avec les besoins des praticiens. Une école fournit l'environnement capable d'attirer des personnes ayant des intérêts en matière de recherche appliquée, comme le fait d'offrir la latitude nécessaire aux nominations conjointes de personnes ayant un pied dans la pratique et l'autre dans la collectivité des chercheurs. La capacité de s'attaquer à des questions majeures en recherche appliquée exige un ensemble de compétences qu'il est plus facile de réunir dans un riche environnement interdisciplinaire. Par exemple, que ce soit pour évaluer plus en profondeur les incidences sur la santé du logement ou d'autres déterminants de la santé ou pour évaluer les avantages relatifs des différentes structures organisationnelles au niveau des autorités sanitaires régionales, il est plus probable de réunir l'équipe d'enquête appropriée dans l'environnement d'une école. De solides liens sur le terrain peuvent également fournir un mécanisme permettant de transposer les résultats de la recherche dans la pratique.

Il ne suffira pas de créer une école pour réaliser le potentiel d'une augmentation de la recherche appliquée. Comme pour les hôpitaux universitaires qui intègrent des chercheurs cliniques, le renforcement de la recherche appliquée en santé publique pertinente dans la pratique exigera des chercheurs-praticiens comparables établis au sein d'organismes de santé publique, mais ayant de solides liens avec l'école.

---

<sup>iii</sup> Le Centre de recherche en prévention de l'obésité est également devenu une chaire de financement partenaire qui répond à ces priorités.

## **Service auprès des systèmes de santé et des collectivités**

La troisième qualité fondamentale d'un modèle d'école est celle du service. Dans la mesure où les deux éléments précédents, la formation et la recherche appliquée, sont véritablement orientés vers la pratique, ils influenceront fortement sur le service. Les liens officiels avec le système de santé publique peuvent contribuer au service de diverses façons, notamment par la nomination conjointe des praticiens (p. ex. les médecins hygiénistes) qui participent activement à la prestation des services ainsi qu'en offrant aux praticiens une formation en éducation permanente, des conseils d'orientation stratégique au gouvernement et aux collectivités ainsi que d'autres rôles. En soi, la recherche appliquée est liée au service. Les professeurs de l'école font également fonction de capacité de pointe lors de situations d'urgence et ils sont des porte-parole crédibles relativement aux enjeux en santé publique.

### ***Résultats escomptés et caractéristiques de la conception des écoles de santé publique***

Pour que les écoles de santé publique exercent des rôles clés dans le système de santé publique, elles doivent :

- Offrir des programmes d'enseignement qui tiennent compte des besoins du système, qui sont axés sur ces besoins et qui permettent d'acquérir les compétences de base de la pratique de la santé publique. Le programme devra respecter ce qui suit :
  - être interdisciplinaire
  - porter sur la formation professionnelle et être orientée vers la recherche
  - comprendre le niveau de la maîtrise et du doctorat
  - offrir une gamme d'axes de spécialisation
  - prendre en compte l'accessibilité comme la distance et les possibilités d'étudier à temps partiel
  - inclure l'éducation permanente professionnelle
- Effectuer de la recherche appliquée en santé publique qui soit interdisciplinaire et liée à la pratique
- Offrir leur appui à d'autres facultés et écoles professionnelles dans l'enseignement de la santé publique et des sujets connexes (p. ex. la formation professionnelle en santé du premier cycle)
- Exécuter les partenariats convenus avec le système de santé publique aux niveaux local, provincial et national

L'école de santé publique ainsi créée pour exercer ces rôles doit satisfaire à plusieurs caractéristiques importantes, à savoir :

- Le leadership et l'appui des plus hauts échelons de l'université en faveur de ce qui suit :
  - un modèle d'école professionnelle suffisamment autonome

- définir la mission et les priorités
  - exercer un contrôle budgétaire
  - choisir les professeurs, décider des promotions et des titularisations
- harmonisation des départements ou des centres avec l'école
- investissement nécessaire pour être efficace
- Un plan réaliste et durable pour obtenir l'appui et la participation de divers départements, centres compétents, etc. au sein de l'université
  - de ceux qui feront directement partie de l'école
  - de ceux qui formeront des alliances stratégiques
- Un projet afin d'obtenir le nombre et l'ensemble approprié de professeurs :
  - le mélange d'expertise quant au contenu pour appuyer le mandat d'une école : la formation, la recherche appliquée et le service
  - l'expérience et le lien avec la pratique
- Un plan réaliste et durable pour établir les liens nécessaires et les ententes de partenariats avec les systèmes de santé publique
- Des liens avec d'autres institutions universitaires
- La vision et la mission de l'école – définition des domaines cibles et des forces
- Un mécanisme pour améliorer la qualité
- Une étude de rentabilisation et des sources de financement

### **Adaptation des départements et des centres universitaires**

De toute évidence, le point de départ de la création d'une école de santé publique consiste à réunir l'expertise et la capacité qui existent déjà à l'intérieur de l'université. Un point de départ tout indiqué est le département d'épidémiologie ou une entité semblable. Quant aux universités comportant une faculté de médecine, cela signifierait un déplacement de ce département vers l'école de santé publique, car il serait difficile d'imaginer l'existence de capacités épidémiologiques parallèles à la faculté de médecine et à l'école de santé publique. Fait exception une unité ou un département d'épidémiologie clinique qui s'harmoniserait mieux avec une faculté de médecine en raison de l'importance accordée aux questions de soins cliniques.

D'autres entités universitaires sont susceptibles de faire partie d'une école, comme des centres axés sur la promotion de la santé, la prévention des blessures ou les vaccins. D'une certaine façon, la participation des programmes de médecine vétérinaire semble offrir de bonnes possibilités de synergie. Dans le contexte canadien, la situation des départements qui mettent l'accent sur la politique et la recherche en services de santé est moins claire. Ces entités sont généralement beaucoup plus axées sur les services de soins de santé que sur la politique et les services des systèmes de santé publique. Le principal grade légal de ces départements est une maîtrise en gestion des services de santé (M.G.S.S.) ou un diplôme semblable qu'obtiennent souvent les personnes qui souhaitent accéder à des postes de gestion dans des établissements de soins de santé comme des hôpitaux ou des régies régionales de la santé. Par conséquent, ces départements ne sont peut-être pas intéressés à faire partie d'une école de santé publique. Néanmoins, dans toutes les provinces, sauf en Ontario, la santé publique est intégrée aux autorités

sanitaires, et on souhaite que ces autorités aient, en planification et en prestation de services dans l'ensemble du continuum des soins de santé, une approche axée sur la santé de la population<sup>14</sup>. Dans les écoles de santé publique des États-Unis, les services de santé et la gestion constituent une des cinq disciplines de base et dépasse largement le cadre de la seule santé publique. Toutefois, de nombreux diplômés vont travailler en soins gérés où le contexte est différent. Dans l'ensemble, la pertinence d'une politique élargie en services de santé, de la gestion et de la recherche semble incertaine dans les écoles canadiennes de santé publique. La vision de la politique et de la recherche des services de soins de santé comme étant un élément facultatif des écoles canadiennes constitue une approche possible; signalons que cela pourrait être un sujet de préoccupation si on sollicite l'agrément du CEPH.

Le déplacement de la capacité existante dans une école comporte d'autres conséquences. Si l'école doit être autonome, particulièrement à l'égard de la médecine, il doit exister une volonté de la part des autorités universitaires d'autoriser un tel déplacement en raison de la perte possible de postes de professeurs et des fonds de recherche qui y sont associés. L'autre question est l'acceptation des professeurs d'être mutés. Certains informateurs clés ont révélé que, dans leurs institutions, les professeurs ne sont pas tenus d'accepter d'être mutés et qu'ils ont le choix de prendre un poste ailleurs dans l'université. Cela pourrait signifier que l'école comptera un moins grand nombre de professeurs que ce qui avait été prévu à l'origine.

En général, les principaux professeurs d'une école proviennent des départements et des centres universitaires existants. Dans nombre de ces entités, les professeurs n'ont pas nécessairement établi de liens solides avec les praticiens. L'orientation insuffisante des programmes de formation et de recherche actuels vers la pratique est en fait une des principales raisons à l'origine de la création d'écoles. La création d'un nouvel environnement organisationnel et d'une nouvelle culture orientés vers la pratique en santé publique exigera probablement, de la part des écoles, une attention considérable ainsi qu'un recrutement intensif et des liens avec les praticiens existants.

## **Liens avec les systèmes de santé publique**

L'importance des liens avec le système de santé publique officiel constitue un élément essentiel pour une école de santé publique. Les programmes de formation doivent s'harmoniser avec les besoins de l'employeur, et les étudiants doivent avoir la possibilité d'exercer à l'intérieur du système. Les programmes ne peuvent se limiter aux programmes d'études supérieures officiels. Les écoles doivent jouer un rôle clé dans la réponse aux besoins de la main-d'œuvre actuelle en éducation permanente. Tout naturellement, les universités ne peuvent y parvenir seules; le système de santé publique doit participer au financement et à l'établissement des programmes. De la même façon, au sein des écoles, la recherche doit être adaptée à la pratique.

Les critères de l'examen par les pairs de l'AESPRES comportent une description utile des nombreux types de liens entre les écoles et les systèmes de santé publique qui sont recherchés dans les auto-évaluations des écoles et lors des visites sur place (voir

l'annexe D). Il existe de nombreuses façons pour les écoles de créer de solides liens avec les systèmes officiels :

- Participation active des représentants du système de santé publique, des niveaux provinciaux et régionaux (et du niveau fédéral, plus ou moins) à la planification de l'école
- Voir à ce que les représentants du système de santé publique siègent au conseil consultatif de l'école
- Rapports étroits et solide expérience auprès des praticiens comme critères de sélection des cadres supérieurs de l'école
- Création de postes financés conjointement par des organismes de santé publique régionaux ou provinciaux
- Stratégies organisationnelles (p. ex. unités, équipes, groupes thématiques, etc.) au sein de l'école, stratégies axées sur les domaines de pratique de la santé publique (p. ex. les maladies transmissibles, la santé environnementale, un développement sain, la prévention des maladies chroniques et des blessures, la santé au travail, etc.)
- Parrainage conjoint des unités d'enseignement ou de recherche en santé
- Efforts conjoints en éducation permanente
- Programmes de formation professionnelle permettant d'évaluer formellement employeurs et anciens étudiants relativement aux besoins en éducation et à la proportion des besoins pris en compte
- Participation aux réseaux de recherche appliquée réunissant praticiens et chercheurs
- Participation active de l'école à la pratique de santé publique. Cela pourrait comprendre l'évaluation des besoins, les profils de la santé des populations, l'examen des données probantes, l'élaboration de stratégies, de l'aide lors d'une enquête à la suite d'une éclosion, etc.

Comme le révèle la liste qui précède, il existe de nombreux moyens de créer des liens. Nombre de ces activités tiennent à une véritable orientation vers la pratique plutôt qu'à un simple ajout sans lendemain. Un partenariat est un processus bidirectionnel. De la même façon, le système de santé publique doit pouvoir obtenir la participation de l'école. Nombre des activités susmentionnées exigeront du temps et l'appui financier du système de santé publique, mais elles doivent être considérées comme étant importantes d'un point de vue stratégique. Plus les initiatives pourront être parrainées conjointement par le système, plus forte est la probabilité qu'elles se multiplient et qu'elles soient axées sur les besoins du système.

## **Liens avec d'autres institutions universitaires**

Au pays, plusieurs informateurs clés ont insisté sur l'importance d'adopter des approches de collaboration pour partager l'expertise et les possibilités de formation entre les institutions. Il faut convenir que l'expérience des modèles de collaboration dans d'autres pays a posé un défi. Il est quelque peu ironique de constater que, tandis que la collaboration et le partenariat constituent un domaine clé des compétences de base en santé publique, il est difficile de le mettre en pratique *au sein de* la collectivité de la santé

publique. Compte tenu des besoins du système de santé publique et de l'existence récente de professeurs orientés vers la pratique, les écoles seraient mal venues de se développer isolées les unes des autres ou des autres institutions qui participent à la formation et à la recherche en santé publique. Une tribune favorisant la communication entre les institutions qui projettent de créer une école et d'autres fournisseurs de formation en santé publique semble un point de départ tout indiqué. Bien que les principales initiatives de financement comme celles d'Australie puissent agir comme incitatif pour que les institutions travaillent ensemble, même le financement de postes particuliers ou du soutien (p. ex. de l'aide pour présenter une demande de bourse de recherche) peut être utilisé stratégiquement pour inciter les institutions et les membres de diverses disciplines à collaborer.

## **Financement**

Même dans les universités disposant déjà de sources de masse critique, la création d'une école ne se résume pas à réunir les pièces du casse-tête et à lui donner un nouveau titre. En adoptant comme hypothèse le maintien des budgets actuels des départements, des fonds supplémentaires seront probablement nécessaires dans un certain nombre de domaines, à savoir :

- Services de soutien – services administratifs et de soutien (p. ex. TI, RH, finances) qui étaient auparavant pris en charge par la faculté hôte et qui seront fournis ou acquis par l'école. Les services aux étudiants et les services aux anciens étudiants pourraient avoir de plus grandes responsabilités (p. ex. les admissions, la délivrance de titres et de certificats, etc.)
- Marketing et collecte de fonds – un des avantages d'une école est d'avoir une plus grande visibilité et de pouvoir recueillir des fonds, y compris l'accès à sa propre association d'anciens étudiants. Toutefois, ces tâches exigent une infrastructure pour entretenir la communication sur les sites Web, par courrier électronique, au moyen de bulletins périodiques, etc.
- Accroissement du nombre de professeurs – il existe probablement, au sein du corps professoral actuel, des lacunes qui devront être corrigées. Le financement conjoint des postes est un mécanisme permettant de constituer des affiliations avec d'autres contenus (p. ex. une école de gestion, le droit, etc.), ainsi qu'avec des domaines de pratique (p. ex. des chercheurs praticiens en santé publique)
- Expansion de la programmation – la création d'axes de spécialisation, des programmes d'éducation permanente, etc. pourraient exiger un investissement considérable
- Une plus grande capacité en matière de leadership – la création d'une école commandera un leadership stratégique plus fort et l'établissement de partenariats de collaboration. En plus du rôle de direction dont l'action pourrait être davantage orientée vers l'extérieur, il faudra peut-être également exercer des rôles de leader largement disséminés. L'essor de la formation et de la recherche interdisciplinaires pourrait exiger la création de groupes thématiques. Des incitatifs financiers s'imposeront sans doute pour constituer de tels groupes.

- Dépenses d'équipement – bien qu'il ne s'agisse pas d'une mesure immédiate, pour devenir une école, le corps professoral et les programmes de base devront se trouver réunis le plus tôt possible. Cela se traduira probablement par le besoin d'un nouvel emplacement.

L'établissement des coûts de ces activités tient au contexte. Certains plans nécessiteront peu de nouveaux professeurs (p. ex. entre cinq et 10 postes) tandis que d'autres peuvent en exiger un grand nombre. L'ajout d'un petit nombre de nouveaux professeurs et les nominations conjointes, les coûts liés au leadership et le marketing associés à la création d'une nouvelle école pourraient imposer un nouveau budget de fonctionnement annuel d'au moins un million de dollars sinon de deux millions de dollars. S'il faut ajouter un nombre considérable de nouveaux postes de professeur, alors les nouveaux coûts seront beaucoup plus élevés.

### **Amélioration de la qualité – Agrément**

Bien que différentes provinces aient des organismes participant à des degrés divers à l'examen et à l'approbation des programmes d'études supérieures, l'agrément par un organisme indépendant est la norme chez les écoles professionnelles dans de nombreux domaines. Le site Web de l'[Association des universités et collèges du Canada](#) dresse la liste des organismes d'agrément de plusieurs programmes professionnels. Cette liste comprend les écoles professionnelles de la santé comme les facultés de médecine et de soins infirmiers de même que d'autres institutions comme les écoles de gestion. La portée des organismes d'agrément s'étend du domaine provincial (la comptabilité) au domaine national (les soins infirmiers) et au domaine binational (la médecine) jusqu'au domaine plurinational (p. ex. les écoles de gestion). Dans certains cas, il y a plus d'un organisme d'agrément potentiel. L'agrément est considéré comme un moyen de validation pour les étudiants éventuels, les employeurs de diplômés, d'autres institutions et bailleurs de fonds de la recherche qui ont atteint un niveau de qualité donné. Cela agit également comme un processus interne d'amélioration de la qualité.

Le CEPH est le seul organisme au monde qui confère expressément l'agrément aux écoles de santé publique. En voici les objectifs :

1. Promouvoir la qualité de l'enseignement en santé publique grâce à un processus continu d'auto-évaluation par les écoles et les programmes qui sollicitent l'agrément
2. Donner au public l'assurance que les institutions qui offrent un enseignement supérieur en santé publique ont été évaluées et jugées comme satisfaisant aux normes essentielles de la conduite de tels programmes d'enseignement
3. Favoriser – au moyen d'un examen périodique, de consultations, de recherches, de publications et par d'autres moyens – l'amélioration de la qualité de l'enseignement en santé publique.

Comme il a déjà été précisé, l'AESPRES procède à l'examen d'institutions offrant une formation en santé publique et souhaite instituer un mécanisme d'agrément. Toutefois, cela ne s'est pas matérialisé à ce jour. Dans un exposé à l'intention de l'AESPRES en 2001, le directeur d'alors du CEPH a dressé la liste suivante des avantages et des inconvénients de l'agrément compte tenu de l'expérience acquise :

**Tableau 1 : Avantages et inconvénients de l'agrément**

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorise la qualité et l'amélioration .</li> <li>• Établit la crédibilité et comporte une assurance qu'une institution donnée est digne de confiance.</li> <li>• Positionne les écoles et les programmes pour qu'ils puissent concurrencer plus efficacement en vue d'obtenir des ressources, à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution.</li> <li>• L'accord sur les normes et les pratiques exemplaires a tendance à hausser le niveau général du rendement et la réputation de l'ensemble du domaine.</li> <li>• Divers organismes s'en remettent à l'agrément à diverses fins, notamment pour les décisions de financement des bourses de recherche et de marchés et pour établir l'admissibilité à certains emplois.</li> <li>• Les étudiants et les étudiants éventuels peuvent se fier à l'agrément pour avoir la certitude que l'institution d'enseignement a satisfait aux normes minimales du domaine et ils le font effectivement. Comporte parmi ses buts la protection du consommateur.</li> <li>• L'agrément améliore grandement la capacité de transférer des unités de formation d'une institution à une autre.</li> <li>• L'auto-évaluation et l'engagement permanents envers l'amélioration continue qui caractérisent l'agrément constituent un système de responsabilisation efficace.</li> <li>• L'agrément améliore la réputation d'une école ou d'un programme à l'échelle nationale et représente les pairs de l'extérieur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des frais annuels élevés auxquels s'ajoutent d'autres frais lors d'une visite des lieux. Le poste de dépense le plus important est celui du temps et des ressources consacrés au processus d'auto-analyse par les professeurs et d'autres participants.</li> <li>• Le minimalisme. Ne confirme que la satisfaction aux normes minimales. Ne reconnaît pas l'excellence. Les responsables des écoles et des programmes exceptionnels se sentent souvent lésés par le fait que leur rendement exemplaire n'est pas récompensé.</li> <li>• Exception. Considéré par les administrateurs d'universités de niveau supérieur comme la quête particulière d'une profession spéciale, exigeant et forçant souvent l'obtention de ressources, empiétant sur l'autonomie institutionnelle et restreignant la capacité de l'université de prendre des décisions dans le meilleur intérêt de l'ensemble de l'institution et non pas uniquement pour le programme de formation professionnelle.</li> <li>• Pas très efficace lorsqu'il s'agit d'éliminer les mauvaises écoles et les mauvais programmes. Rarement ces derniers sont-ils éliminés de la liste des institutions agréées si ce n'est après de longues délibérations.</li> <li>• Impuissant quant aux nombreux programmes qui choisissent de ne pas solliciter l'agrément. Les écoles et les programmes qui ne sollicitent pas l'agrément de plein gré ne sont tenus de satisfaire à aucune norme extérieure et peuvent agir comme bon leur semble – sauf annoncer qu'elles sont agréées.</li> </ul>

Source : Pat Evans, ex-directeur du CEPH , cité dans *Quality improvement and accreditation of training programmes in public health, AESPRE, 2001.*

Nombre des institutions canadiennes qui créent des écoles de santé publique ont signalé que l'agrément par le CEPH est un des buts qu'elles poursuivent. Plusieurs informateurs clés ont signalé que le CEPH est actuellement le seul organisme d'agrément et qu'ils seraient à tout le moins intéressés à étudier une autre solution canadienne s'il en existait une. Certains informateurs clés se sont dit préoccupés par la pertinence de certains des critères actuels du CEPH dans le contexte canadien.

Théoriquement, les objectifs et les critères du CEPH semblent correspondre aux résultats escomptés et aux caractéristiques de la structure et de la conception présentés précédemment dans le présent document pour les écoles canadiennes de santé publique. Toutefois, la façon dont le CEPH a mis ces concepts en œuvre pourrait ne pas concorder totalement avec ce qui est souhaité pour les écoles de santé publique du Canada. Le

tableau suivant permet d'évaluer certains éléments de la conception des écoles, notamment les critères associés au CEPH. Ce tableau distingue ce qui pourrait être essentiel pour les écoles canadiennes de ce qui est facultatif ou souhaité. Cette distinction est communiquée principalement à des fins de discussion, bien qu'elle souligne des domaines pouvant susciter des préoccupations en ce qui concerne certains critères actuels du CEPH.

**Tableau 2 : Analyse d'un choix d'éléments de la conception des écoles de santé publique**

<b>Élément de la conception</b>	<b>Élément essentiel</b>	<b>Élément souhaité</b>	<b>Critères du CEPH</b>	<b>Observations</b>
Autonomie de l'école	Organisation distincte et suffisamment d'autonomie pour établir la mission et les priorités, exercer le contrôle budgétaire, choisir les professeurs, décider des promotions et des titularisations	Même niveau d'indépendance et même statut que ceux accordés aux écoles professionnelles de cette institution	Même niveau d'indépendance et même statut que ceux accordés aux écoles professionnelles de cette institution	Une école doit disposer d'un certain degré d'autonomie. Quant à savoir si le niveau d'autonomie requis par le CEPH est obligatoire, ce n'est pas clair. Plusieurs écoles d'autres pays ne semblent pas satisfaire au critère du CEPH. Il est à prévoir que certaines des écoles canadiennes projetées pourraient ne pas y satisfaire non plus.
Nombre approprié de professeurs	Une masse critique suffisante pour soutenir la mission et ce qu'offre l'école. L'école doit avoir une base identifiable, des professeurs à temps plein. Pour appuyer les mandats de la formation, de la recherche appliquée et du service, un minimum de 25 professeurs semble raisonnable	Une école en plein essor compte 50 professeurs ou plus	21 à temps plein + 4 ETP (soit 25 au total)	Il semble que le nombre de 25 professeurs soit conforme à la situation de la plupart des écoles des autres pays et à l'étendue des résultats souhaités. Dans de nombreuses écoles, satisfaire aux critères tient au financement de nouveaux postes, à la disponibilité d'un nombre approprié de nouveaux professeurs et à la volonté des professeurs de la faculté actuelle d'être mutés à l'école.

Élément de la conception	Élément essentiel	Élément souhaité	Critères du CEPH	Observations
Ensemble approprié de professeurs	Un corps professoral clairement défini qui, par sa taille, son caractère multidisciplinaire, ses études préparatoires, ses recherches et sa compétence en enseignement ainsi que par l'expérience de la pratique peut soutenir totalement la mission, les buts et les objectifs du programme. Cela comprend un assemblage satisfaisant de professeurs et d'expériences pratiques pour soutenir le perfectionnement des compétences requises par la pratique de la santé publique (extrait de AESPRE, version CEPH-2002) [Traduction libre]	<p>Outre la capacité de base, pouvoir développer des domaines de spécialisation phares ou d'excellence. Les écoles ne doivent pas toutes tenter d'acquérir une capacité de spécialisation dans tous les domaines.</p> <p>La capacité interne en vue d'un cadre élargi visant la politique, la recherche et l'administration des services de soins de santé constitue un autre facteur.</p>	Cinq professeurs par discipline : épidémiologie, statistiques biologiques, sciences de la santé de l'environnement, administration des services de santé, sciences sociales et du comportement.	<p>Les critères du CEPH semblent arbitraires.</p> <p>Un corps professoral principal de 40 % en épidémiologie et en statistiques biologiques est-il un « assemblage approprié »? La santé environnementale pourrait poser problème – les professeurs sont rares à l'échelle nationale – en avons-nous besoin de cinq dans chaque école?</p> <p>Semble insister moins sur la préparation et la pratique interdisciplinaires que sur les sciences fondamentales</p>
Études interdisciplinaires	L'accent doit porter sur la préparation de professionnels de la santé publique (généralistes et spécialistes) qui possèdent les compétences de base et qui, après avoir suivi un ensemble de cours facultatifs ou au choix, peuvent en suivre d'autres plus intensivement dans des domaines choisis de pratique. Le minimum correspond aux grades de type M.H.P. et D.H.P.	Possibilité de préciser le nombre minimal d'axes et ce qui est offert au niveau du doctorat.	Des axes de spécialisation de la M.H.P. dans chacune des cinq disciplines susmentionnées Au niveau du doctorat, dans au moins trois disciplines	Le CEPH semble mettre l'accent sur une préparation dans une seule discipline et non pas sur une préparation interdisciplinaire.

<b>Élément de la conception</b>	<b>Élément essentiel</b>	<b>Élément souhaité</b>	<b>Critères du CEPH</b>	<b>Observations</b>
Liens solides avec le système de santé publique	Ces liens révèlent clairement l'existence de rapports réussis avec la collectivité de la santé publique et contribuent à améliorer la qualité de la pratique et des programmes.	Suite d'ententes de partenariat avec le système de santé publique (formation, politique, recherche appliquée, service)	Entreprendre des activités de service actif qui correspondent à sa mission	Le critère du CEPH correspond à ce qui est souhaité, mais les attentes doivent être plus grandes au Canada. La réceptivité du système s'impose.
Éducation permanente	En partenariat avec les employeurs, offrir une gamme de programme d'éducation permanente pour répondre aux besoins de la main-d'œuvre actuelle.		Doit entreprendre des activités qui favorisent le perfectionnement professionnel de la main-d'œuvre en santé publique	Le critère du CEPH correspond à ce qui est souhaité, mais les attentes doivent être plus grandes au Canada. Exige une participation active et un investissement par le système de santé publique.
Liens avec d'autres institutions universitaires	Réseau d'apprentissage distribué qui permet d'avoir accès à de l'expertise spécialisée dans l'ensemble du pays.  Partenariats pour compenser la masse critique insuffisante des écoles et des programmes.	Des partenariats régionaux reliant l'école et d'autres institutions qui participent à la préparation de la main-d'œuvre en santé publique. Effectuer une évaluation des besoins régionaux, concevoir des programmes de formation, partage d'étudiants.	Lorsqu'une école est parrainée par plus d'une institution, l'institution promotrice devrait jouir du même degré d'autonomie que celui des institutions comparables et offrir la formation de la M.H.P dans cinq disciplines de base.	C'est un défi à relever, même avec un financement incitatif (p. ex. l'Australie)

Le tableau 2 signale certains points importants. Le fait de remplir les colonnes « essentiel » et « souhaité » est stimulant. Les institutions universitaires et d'autres intervenants clés doivent en discuter pour rechercher ce qui, en vérité, est essentiel pour le Canada et ce qui pourrait être facultatif. Cette analyse préliminaire révèle que certains domaines pourraient être préoccupants. Par exemple, les critères du CEPH à l'égard de cinq professeurs pour cinq disciplines de base semblent arbitraires bien que, en pratique, cela pourrait être compensé au cours des examens d'agrément. Quant à savoir si ces cinq disciplines suffisent pour une école de santé publique moderne, cela est incertain. Comme le signalait un récent rapport du U.S. Institute of Medicine sur l'éducation en santé publique<sup>10</sup>, il existe en santé publique d'importants nouveaux domaines qui sont de rigueur, notamment :

- Informatique
- Génomique
- Compétence culturelle
- Santé globale
- Communication
- Recherche participative communautaire
- Politique et droit
- Éthique

La question immédiate n'est pas de savoir si cette liste de domaines supplémentaires est la bonne, mais si on est fondé de croire que le leadership et la gestion en santé publique et que la transmission des connaissances constituent des priorités prépondérantes des systèmes dans l'ensemble du Canada<sup>6,15</sup>, À la fois l'ébauche des compétences de base de la main-d'œuvre canadienne en santé publique<sup>3</sup> et les compétences nouvellement annoncées de la M.H.P. de l'ASPH<sup>16</sup> présentent de nombreuses compétences qui se chevauchent et qui devraient également être la base des programmes de formation, et partant, du recrutement des professeurs. Si on planifiait à partir de zéro une hypothétique école canadienne de santé publique dont le corps professoral initial comprenait 25 personnes, viserait-on cinq professeurs pour chacune des cinq disciplines de base du CEPH? Si la réponse est négative, alors il se pourrait que les écoles canadiennes actuellement projetées biaisent le recrutement de leurs professeurs pour satisfaire aux critères du CEPH.

Les exigences explicites concernant la répartition des professeurs par discipline de base sont intéressantes et semblent constituer un nouveau critère. L'édition de 2002 des critères d'agrément du CEPH comportait exactement la même formulation que celle de l'AESPRES et précisait que l'école doit avoir un corps professoral clairement défini qui, par sa taille, son caractère multidisciplinaire, ses études préparatoires, ses recherches et sa compétence en enseignement ainsi que par l'expérience de la pratique, peut soutenir totalement la mission, les buts et les objectifs de l'école. Signalons que la personne qui dirigeait alors le CEPH a déclaré lors d'une réunion de l'AESPRES à propos des leçons tirées au cours de leurs nombreuses années d'agrément :

*Il était nécessaire et souhaitable d'abandonner les normes quantitatives, comme le nombre minimal de professeurs, de volumes en bibliothèque, etc., car en matière d'exactitude, le jugement porte non pas tant sur une norme numérique, mais est plutôt fonction de la configuration des spécialisations offertes par*

*l'école, le nombre de cours de niveau avancé nécessaires, ...et sur d'autres fonctions de l'école, comme la recherche et le service<sup>17</sup>.*  
[Traduction libre]

Une telle perspective semble raisonnable et moins arbitraire, particulièrement si le CEPH s'engage de plus en plus dans l'agrément des écoles autres que celles des États-Unis.

On se demande encore si les critères du CEPH conviennent au contexte canadien et, dans la négative, quelle est l'importance de l'écart. Certains informateurs clés ont suggéré la nécessité de réfléchir à une solution de rechange. Toutefois, d'autres signalent la longue expérience que possède le CEPH en matière d'agrément ainsi que les coûts que comporte le fait de subvenir à un système autonome. En outre, il serait inquiétant qu'un système autonome soit considéré comme étant un processus de second ordre ayant des critères moins rigoureux qu'aux États-Unis. Il faudra également prendre en compte l'équilibre entre le fait d'avoir un ensemble raisonnable de critères souhaités et celui d'éviter qu'un certain nombre d'écoles ne soient pas admissibles à l'examen.

### **Possibilités d'agrément des écoles canadiennes de santé publique**

En pratique, le nombre des possibilités d'agréer les écoles canadiennes de santé publique semble se limiter à ce qui suit :

1. Ne rien faire
  - Les responsables des programmes ou les écoles présentent une demande au CEPH comme ils le souhaitent
  - Les écoles canadiennes s'adaptent aux critères des États-Unis – que les critères soient appropriés ou pas compte tenu des différences entre les pays quant aux résultats escomptés et à la nature de leurs systèmes de santé publique
  - Le résultat probable est que certaines écoles ne pourront pas satisfaire aux critères ou refuseront de le faire
  - Possibilité de rester aux prises avec des écoles qui présentent une demande tandis que d'autres ne le font pas – la population et le nombre des institutions vraisemblablement capables de parrainer une école étant restreints et la qualité n'étant pas prises en compte de façon uniforme
2. Élaborer des lignes directrices volontaires à l'intention des écoles
  - Peut-être une solution provisoire tout en triant les possibilités d'agrément
3. Élaborer un processus d'agrément conjoint Canada-États-Unis
  - Utiliser l'expérience du CEPH en matière d'agrément
  - Pourrait comporter des examinateurs canadiens et américains
  - Adapter les critères existants au contexte canadien – nota : obligation d'obtenir l'acceptation du CEPH

#### 4. Établir un système d'agrément canadien

- Nécessité d'élaborer ses propres critères, sa structure administrative, de former ses vérificateurs experts (temps, coûts, efforts)
- Particulièrement au début, les écoles canadiennes se demanderont s'il faut souscrire aux critères du CEPH plus largement reconnus ou adopter le nouveau système canadien
- Aux fins de l'agrément, on peut au moins choisir de maintenir une distinction entre école et programme

La première option ne semble pas intéressante et donnera probablement lieu à un mélange d'écoles agréées et non agréées. En outre, les planificateurs d'écoles canadiennes semblent au moins intéressés à explorer l'avenue canadienne en matière d'agrément. La principale option semble être celle de savoir s'il est possible de négocier avec le CEPH un processus d'agrément binational conjoint comportant certains critères distinctifs (ou l'interprétation des critères existants) pour les écoles canadiennes plutôt que l'élaboration un projet d'agrément conçu au Canada. L'entente pourrait s'inspirer de l'agrément conjoint qui existe déjà à l'égard des facultés de médecine canadiennes et américaines. Elle pourrait également intégrer d'autres écoles étrangères souhaitant être agréées. Quelle que soit l'option retenue, il faudra réfléchir à la question de l'applicabilité dans l'ensemble du pays. Pour que l'agrément constitue un mécanisme efficace permettant d'améliorer la qualité dans la perspective du système entier, toutes les écoles devraient être admissibles et participer. La situation dans laquelle seule une minorité d'écoles participe ne peut être considérée comme le résultat heureux d'un système.

En ce qui concerne les écoles de santé publique projetées ou existantes au Canada, voici ce qui, actuellement, demeure incertain :

- a. la mesure dans laquelle les critères du CEPH sont inacceptables ou inappropriés pour des institutions canadiennes (quels critères, comment les restructurer)
- b. la mesure dans laquelle le CEPH accepterait une entente d'affiliation comparativement à la création d'un organisme d'agrément (potentiellement concurrentiel, particulièrement pour la communauté internationale).

La précédente discussion sur l'agrément porte essentiellement sur les écoles de santé publique, mais il est difficile de ne considérer que l'agrément des écoles sans prendre en compte l'agrément des programmes de M.H.P. L'impression est que les critères du CEPH sont moins contestables dans le cas des programmes, mais que les processus d'agrément des écoles retenus pour les écoles, quels qu'ils soient, doivent comprendre également les programmes d'études supérieures. La discussion engagée sur les critères d'agrément imposera probablement l'analyse des principaux aspects de ce que signifie une école, une mission et des valeurs, l'autonomie, la masse critique, les liens avec le système officiel de santé publique et d'autres caractéristiques essentielles.

## **Combien d'écoles?**

La précédente discussion portait principalement sur le contexte d'une seule école. Toutefois, la situation actuelle correspond à la création possible d'au moins neuf écoles de santé publique au pays. Chacune de ces écoles pourra-t-elle constituer une masse critique de professeurs interdisciplinaires pour soutenir une formation, de la recherche appliquée et un service de qualité? Si les professeurs sont trop peu nombreux, quelle en sera l'incidence sur la qualité? La formation de professionnels de la santé publique n'est pas un procédé de production de masse. Elle requiert généralement un changement d'orientation, soit de penser aux questions de santé dans une perspective individuelle plutôt que d'y penser dans une perspective fondée sur la santé des populations. Un tel changement exige d'être au fait des problèmes et d'en discuter activement. Il n'est pas étonnant que les critères du CEPH stipulent que l'enseignement en santé publique exige de faibles coefficients étudiants-professeurs.

Que chaque école planifie seulement de recruter cinq nouveaux professeurs et cela correspond à 45 nouveaux postes. C'est là un nombre considérable et les ressources sont incertaines. De plus, certaines universités projettent de recruter un nombre beaucoup plus élevé de professeurs. La concurrence s'intensifiera à l'égard de ces ressources rares si les gouvernements fédéral et provinciaux ainsi que les organismes de santé publique qui y sont associés commencent à recruter intensivement. Bien que, dans le passé, la concurrence ait peut-être été inexistante entre le milieu de pratique et le milieu universitaire, une école devrait être une organisation axée sur la pratique. Par conséquent, une école tentera de recruter les mêmes types de personnes qui réunissent des antécédents dans la pratique de santé publique et des intérêts ou des antécédents d'ordre universitaires.

L'incertitude quant au nombre réel de travailleurs nécessaires en santé publique constitue un autre défi. Nous savons qu'il existe des lacunes et que des départs à la retraite sont imminents. Toutefois, l'explosion soudaine de multiples nouveaux programmes de M.H.P. et de nouvelles écoles soulève la question évidente de savoir si la capacité sera bientôt excédentaire.

Il n'existe pas de réponse simple à ces questions, et aucune entité n'en possède une vue d'ensemble. Cependant, il semble prudent que les universités évaluent soigneusement leurs modèles opérationnels pour savoir exactement ce sur quoi l'école doit mettre l'accent. Cela comprend la géographie, l'origine des étudiants et leurs cheminements de carrière, la synergie ou le chevauchement avec d'autres écoles et les domaines du contenu. Au minimum, des échanges réguliers s'imposent entre les écoles projetées ou existantes.

## **ENJEUX ET QUESTIONS À DISCUTER**

Le présent document présente une analyse du rôle que les écoles de santé publique pourraient jouer au Canada. Si on adopte comme hypothèse que les écoles sont projetées et créées en vue de la pratique en santé publique, alors les écoles de santé publique semblent nettement avoir pour rôle de renforcer les systèmes de santé publique canadiens. Plusieurs éléments de la conception sont présentés pour appuyer l'enseignement supérieur professionnel, la recherche appliquée et le service.

À l'évidence, les enjeux et les préoccupations liés à l'agrément par le CEPH doivent être analysés et discutés plus à fond. Toutefois, l'agrément est un mécanisme visant à atteindre la qualité et non pas une fin en soi. L'objectif de ce processus d'amélioration de la qualité doit être clair. En conséquence, avant d'aborder des critères d'agrément particuliers, il faut discuter de la vision collective des écoles de santé publique au Canada. Alors il devient possible de cerner ce que doivent mettre en lumière les mécanismes d'agrément.

Les questions suivantes sont présentées comme le point de départ d'un dialogue entre les principaux intervenants du système. Selon l'auditoire, certaines questions sont peut-être beaucoup plus pertinentes que d'autres.

1. À votre connaissance, les écoles de santé publique projetées sont-elles définies d'une façon suffisamment uniforme au Canada? Dans quelle mesure devrait-il y avoir un degré d'uniformité minimal concernant ce que ces écoles offrent dans l'ensemble du pays?
2. Quels éléments clés de la conception les écoles canadiennes de santé publique doivent-elles posséder et lesquels sont facultatifs? (nota : sans tenir compte des critères d'agrément existants)
  - a. Autonomie : une école de santé publique doit-elle posséder le même degré d'autonomie et le même statut que ceux qui sont accordés à d'autres écoles professionnelles d'une institution donnée?
  - b. Nombre de professeurs : est-il nécessaire que le corps professoral de base d'une école de santé publique se compose de 25 professeurs à temps plein?
  - c. Diversité du corps professoral : le complément minimal du corps professoral d'une école de santé publique doit-il compter cinq professeurs à temps plein de chacune des disciplines suivantes : épidémiologie, statistiques biologiques, santé environnementale, sciences sociales et du comportement et administration des services de santé?
3. Qu'offriront les écoles de santé publique de plus que ce que nous avons actuellement? (c.-à-d. quelles lacunes combleront-elles?)
4. Une orientation vers la pratique en santé publique constitue-t-elle la caractéristique clé d'une école de santé publique?

- a. Pourquoi?
  - b. La formation professionnelle, la recherche appliquée et le service de santé publique sont-ils des caractéristiques pertinentes du mandat de base d'une école de santé publique?
  - c. Dans quelle mesure les écoles de santé publique devraient-elles établir, en vue de la sélection, de la promotion et de la titularisation des professeurs, des processus qui permettent à l'enseignement supérieur professionnel, à la recherche appliquée et au service d'exercer une pondération suffisante?
5. Liens entre le système de santé publique et une école de santé publique
- a. Que doit-il exister entre les systèmes de santé publique et une école de santé publique pour soutenir l'efficacité des nominations conjointes?
  - b. Le système de santé publique gouvernemental devrait-il encourager les écoles de santé publique à se développer et à offrir plus de cours en formation professionnelle continue?
  - c. Quels engagements particuliers les universités demanderaient-elles aux systèmes de santé publique de prendre dans leur région pour favoriser l'enseignement par des praticiens et l'accès à des pratiques intéressantes?
6. Comment une école de santé publique peut-elle le mieux concrétiser la formation interdisciplinaire et la recherche appliquée? (p. ex. par la structure, par la sélection et la promotion des professeurs, par la création de nouveaux grades universitaires, etc.)
7. Quels sont les défis ou les obstacles auxquels se heurte la création d'une école de santé publique?
8. La création d'écoles de santé publique au Canada devrait-elle être coordonnée et, dans l'affirmative, comment?
9. Rôles et nécessité des modèles de collaboration
- a. Parmi les écoles de santé publique canadiennes? (À l'échelle régionale? À l'échelle nationale?)
  - b. Parmi les écoles de santé publique canadiennes et d'autres institutions universitaires associées à la santé publique? (À l'échelle régionale? À l'échelle nationale?)
  - c. Comment pourrait-on y parvenir?
10. Agrément des écoles de santé publique
- a. Quels sont les aspects constructifs que doit présenter tout projet d'agrément de nouvelles écoles de santé publique?
  - b. Dans quelle mesure les critères d'agrément du CEPH conviennent-ils aux écoles de santé publique canadiennes? (pour les principales questions, se reporter à la section intitulée « Qu'est-ce qu'une école de santé publique? »)

11. De quelle aide les universités, les employeurs et les groupes de praticiens pourraient-ils bénéficier pour définir le contenu du programme d'études de base en santé publique?
12. Quelles possibilités les universités qui projettent de créer des écoles de santé publique ont-elles actuellement d'échanger entre elles? Quelle serait la meilleure façon d'y parvenir?
13. Autres observations ou suggestions?

## ANNEXE A – INFORMATEURS CLÉS INTERVIEWÉS

<b>Informateur clé</b>	<b>Organisme</b>
<u>Canada</u>	
David McLean	Doyen, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser
Perry Kendall	Administrateur de la santé, ministère de la Santé, Colombie-Britannique
Doug Wilson	Professeur émérite et conseiller principal auprès du doyen, École de santé publique, Université de l'Alberta
David Lowe	Conseiller auprès du président sur la santé publique, Université de Calgary
Bruce Reeder	Professeur, Université de la Saskatchewan
John Frank	Directeur scientifique, IRSC-ISPP
John Hoey	Conseiller spécial auprès du recteur, Université Queen's
Richard Masse	Président et chef de la direction, Institut national de santé publique du Québec
<u>Gilles Paradis</u>	Professeur, Université McGill
<u>ÉTATS-UNIS</u>	
<u>Leonard Syme</u>	Professeur émérite, Berkeley <u>School of Public Health</u>
<u>Audrey Gotsch</u>	Doyen, <u>New Jersey School of Public Health</u>
Harrison Spencer	Président et chef de la direction, Association of Schools of Public Health Ex-doyen – London School of Hygiene and Tropical Medicine
<u>Scène internationale</u>	
Vivian Lin	Chaire de santé publique, School of Public Health, LaTrobe University
Sian Griffiths	Doyen, School of Public Health, Chinese University of Hong Kong
Alison Hill	Directrice du programme, South East Public Health Observatory, Oxford

## ANNEXE B – PROFIL DE CERTAINES ÉCOLES DE SANTÉ PUBLIQUE

École	Direction	Corps professoral	Grades universitaires offerts	Y situer les centres ou les départements?
<a href="#">Drexel University School of Public Health</a> , (Philadelphie)	Dirigée par un doyen L'université compte des collèges et des écoles (3)	25, sans compter les nominations secondaires et les nominations d'auxiliaires	M.H.P. M.H.P.pour cadres D.H.P.	
<a href="#">University of Arizona, College of Public Health</a>	Dirigé par un doyen Un des 17 collèges de l'université	45 inscrits à titre de « professeur principal »	M. Sc. (Épidémiologie) M. Sc. (Épidémiologie clin.) Ph. D. (Épidémiologie) M.H.P. (6 axes)	
<a href="#">University of Iowa, College of Public Health</a>	Dirigé par un doyen Un des 11 collèges de l'université Nota : est doté d'un comité consultatif externe	77 professeurs inscrits (non répartis entre principaux, auxiliaires, etc.)	M.H.P. (générale assortie de 4 centres d'intérêt ou 6 axes de spécialisation secondaires) M.Sc. (six disciplines) M.G.S.S. Ph.D. (8 disciplines)	
<a href="#">London School of Hygiene and Tropical Medicine</a>	Dirigé par un directeur Un des 20 collèges autonomes <i>Court of Governors</i> nommés à même de multiples groupes d'intervenants	215 universitaires 169 chercheurs	M.Sc. (santé publique – 5 axes) M.Sc. (18 autres grades) D. H. P. M.Ph., Ph.D.	
<a href="#">Nordic School of Public Health</a> , Göteborg, Suède	Dirigée par un doyen Conseil nommé par les ministres de chacun des cinq pays nordiques	19 professeurs et membres du personnel de recherche	M.H.P. D.H.P.	
<a href="#">Griffith School of Public Health</a>	Dirigée par un « directeur d'école » L'école de santé publique est une des 10 écoles de la grappe santé qui est dirigée par un pro-vice-recteur	13 professeurs	M.H.P. M.G.S.S. M. Nut. M.Ph., Ph.D.	

École	Direction	Corps professoral	Grades universitaires offerts	Y situer les centres ou les départements?
<a href="#">LaTrobe School of Public Health</a>	Dirigée par un « directeur d'école » L'école fait partie de la Faculté des sciences de la santé qui comprend 7 écoles	53 professeurs	M.H.P. (7 axes de spécialisation) D.S.P. M.Sc.S. M.G.S.S.	
<a href="#">University of Melbourne School of Public Health</a>	Dirigée par un « directeur d'école » Une des 7 écoles de la Faculté de médecine, d'art dentaire et des sciences de la santé	41 professeurs	Maîtrise en travaux de cours (7), soit une M.H.P., une autre concernant les « spécialisations » dont il existe 8 types Maîtrises en recherche (3) D.S.P. Ph.D.	
<a href="#">School of Public Health, Chinese University of Hong Kong</a>	Dirigée par un directeur (ex-doyen de la Faculté de la médecine de santé publique en Angleterre) Une des 3 écoles (les autres étant l'école des soins infirmiers et l'école de pharmacie) de la Faculté de médecine (seule faculté des sciences de la santé).	24 professeurs (seuls sont inscrits les professeurs, aucun chargé de cours – de nombreux membres du « personnel d'appoint et de nombreux enseignants » dont plusieurs sont titulaires de doctorats)	M.H.P. (12 secteurs de concentration) MBA (soins de santé) M.Sc. (épidémiologie et statistiques biologiques, épidémiologie appliquée) M.Sc. S. M.Sc. (médecine familiale, gérontologie, médecine du travail, médecine des sports, santé des femmes) M.Ph., Ph.D. (médecine sociale)	

## **ANNEXE C – LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE BOARD**

Le « Court of Governors » de l'école se compose de personnes nommées de sources multiples :

- British Medical Association
- Council of the University of London
- Home Secretary
- Medical Research Council
- Royal Institute of Public Health
- Royal Society
- Royal Society for the Promotion of Health
- Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene
- Seamen's Hospital Society
- Secretary of State for Defence
- Secretary of State for Environment, Food and Rural Affairs
- Secretary of State for Foreign and Commonwealth Affairs
- Secretary of State for Health
- Secretary of State for International Development
- Secretary of State for Scotland
- Senate
- Society of Occupational Medicine
- Co-opted Members
- Observer
- Secretary

## **ANNEXE D – CRITÈRES DE L’AESPRE VISANT LES LIENS ENTRE LES ÉCOLES DE SANTÉ PUBLIQUE ET LE SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE**

L'école doit pouvoir démontrer clairement l'existence de rapports fructueux avec la collectivité de santé publique, rapports qui permettent d'améliorer la qualité des programmes. L'importance des employeurs potentiels doit se refléter dans tous les aspects des activités de l'école.

<b>Sous-critères</b>	<b>Explication du critère et données probantes à fournir par l'école de santé publique</b>	<b>Normes</b>
2.1 Les besoins de professionnels de la santé publique	Données probantes sur l'analyse des besoins futurs et des carrières des professionnels de la santé publique	<p>Le programme de formation doit porter essentiellement sur les besoins présents et futurs de l'emploi dans le domaine de la santé publique.</p> <p>Les participants au programme doivent être au courant des carrières dans les services de santé publique.</p>
2.2 Le ministère de la Santé (ou les autorités sanitaires) ainsi que les services de santé et de santé publique	<p>Quelle est l'attitude des autorités concernées des services de santé?</p> <p>Données probantes sur la participation du personnel de l'école à la formulation de la politique de santé.</p> <p>Prestation de services de recherche et de consultation.</p> <p>Données probantes relatives à l'incidence du programme sur les services de santé.</p>	<p>Le programme doit permettre de démontrer l'existence d'une coopération étroite dans divers secteurs de la santé publique avec les autorités sanitaires aux niveaux national, régional ou local.</p> <p>Le programme doit bénéficier d'une coopération officielle, p. ex. des ententes contractuelles de services, des nominations en consultation ou à l'égard de services, etc.</p> <p>Il doit être clair que les services de santé et de santé publique font appel à l'expertise au sein même du programme.</p> <p>Le programme doit influencer sur la promotion de la qualité en santé publique et de la pratique de la santé publique fondée sur des données probantes.</p>

Sous-critères	Explication du critère et données probantes à fournir par l'école de santé publique	Normes
2.3 Autres ministères (p. ex. ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de l'Environnement)	<p>Les documents stratégiques sur les besoins de formation des ministères de l'Éducation, s'il en existe, ou les données probantes des processus au sein même de l'école afin d'évaluer les besoins probables.</p> <p>Données probantes sur la participation aux conseils et au débat sur les conséquences des politiques publiques sur la santé.</p> <p>Données probantes sur l'existence de contrats de recherche et de consultation.</p>	<p>L'école doit être au fait des politiques sur le nombre de personnes à former dans la profession liée à la santé publique.</p> <p>Les participants au programme doivent établir qu'ils connaissent d'autres organismes offrant une formation concurrentielle ou complémentaire. L'école doit insister sur le rôle particulier qu'elle joue dans le cadre de cette prestation.</p> <p>L'école doit jouer un rôle conseil quant aux conséquences que peuvent exercer en santé publique les politiques d'autres gouvernements.</p>
2.4 Contribution au débat public éclairé sur les questions de santé publique	Contribution au débat public éclairé sur les questions en santé publique.	On doit faire état d'un nombre important de personnes qui participent aux débats dans les médias et au débat public.
2.5 Universités	<p>Gamme des disciplines offertes.</p> <p>Niveau de coopération avec les autres facultés de la même université ou avec d'autres institutions d'enseignement supérieur.</p> <p>Quels sont les mécanismes d'une coopération entre facultés?</p> <p>Le programme fait-il partie des activités de formation conjointes avec d'autres milieux? Etc.</p> <p>Données probantes de l'existence des mécanismes permettant de reconnaître les contributions d'autres facultés et institutions de formation.</p>	La gamme complète des disciplines que requiert la formation en santé publique doit être disponible soit à l'interne, soit à l'externe.
2.6 Professionnels de la santé et de la santé publique et leurs associations	<p>Quelle incidence, s'il en est, le programme a-t-il exercée sur l'association professionnelle en santé publique?</p> <p>Jusqu'à quel point le programme a-t-il changé l'opinion qu'ont les professionnels d'eux-même et de leur rôle dans les systèmes de santé?</p>	<p>Le programme doit permettre d'obtenir des données probantes sur l'appui accordé à la création ou à l'évolution progressive des associations professionnelles en santé publique et il doit comporter des activités conjointes, s'il y a lieu.</p> <p>Le programme doit permettre de constater de quelle façon les étudiants sont encouragés à se sentir une appartenance professionnelle en santé publique.</p>

Sous-critères	Explication du critère et données probantes à fournir par l'école de santé publique	Normes
2.7 Organismes non gouvernementaux	<p>Les principaux organismes non gouvernementaux actifs en santé publique dans la région perçoivent-ils l'influence du programme ?</p> <p>On doit faire état d'une coopération avec le secteur des organismes non gouvernementaux.</p> <p>On doit faire la preuve de la participation des organismes non gouvernementaux et des services de santé publique.</p> <p>Officiellement, dans quelle mesure participent-ils à divers niveaux : comités de planification, affectations sur le terrain, etc.?</p>	<p>Le programme doit permettre de démontrer l'exercice d'une nette influence sur la promotion de la qualité en santé publique et, dans le secteur des organismes non gouvernementaux, la pratique de la santé publique.</p> <p>Il faut pouvoir constater que les services de santé et de santé publique des organismes non gouvernementaux font appel à l'expertise au sein même du programme.</p>
2.9 Au niveau de la coopération internationale, la participation à des projets d'envergure avec des spécialistes et des chercheurs en santé publique de pays autres qu'europeens	<p>Démonstration du niveau de coopération avec des organisations internationales gouvernementales, avec les organismes non gouvernementaux ainsi qu'avec les réseaux et les institutions de formation.</p> <p>Nombre de cours et d'heures d'échange par le personnel de pays autres qu'europeens.</p> <p>Contributions au programme de la part de visiteurs étrangers.</p> <p>Expérience de pays autres qu'europeens communiquée par le personnel.</p> <p>Nombre d'étudiants originaires de pays autres qu'europeens et nombre de participants à un programme d'échange d'étudiants.</p>	<p>Le personnel du programme doit pouvoir faire état de sa compréhension du contexte international de la santé publique à partir de sa participation à de tels projets.</p> <p>Doivent participer le personnel et les enseignants itinérants originaires de pays autres qu'europeens ou celui ayant l'expérience de pays autres qu'europeens.</p> <p>On doit favoriser et appuyer la participation à des programmes d'échange d'étudiants avec des pays autres qu'europeens.</p>

Source : Bury JA, Martina G. *Quality improvement and accreditation of training programmes in public health*. AESPRE, 2001. Nota : À l'exclusion des critères privilégiant l'Europe.

## DOCUMENTS CONSULTÉS

- (1) Groupe de travail sur les ressources humaines en santé publique. *Lignes directrices visant les programmes de M.H.P. donnés au Canada*. Agence de santé publique du Canada, 2006.
- (2) Spasoff R. A pan-Canadian strategy for public health workforce education. Draft 5. Ottawa: Pan-Canadian Public Health Human Resources Committee, 2005.
- (3) Groupe de travail conjoint fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines en santé publique. « Rédaction de l'ébauche d'un ensemble de compétences de base pour la main-d'œuvre en santé publique ». Ottawa. Agence de santé publique du Canada, 2005.
- (4) Kiefer L, Frank J, Di Ruggiero E, Dobbins M, Manuel D, Gully PR et autres. « Favoriser la prise de décision factuelle au Canada : examen de la nécessité de créer un Centre de données de recherche et un Réseau de recherche sur la santé publique et des populations au Canada ». *Revue canadienne de santé publique* 2005; 96(3):11-40.
- (5) Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. *Leçons de la crise du SRAS : renouvellement de la santé publique au Canada*. Ottawa : Santé Canada, 2003.
- (6) Mowat DL, Moloughney BW. Developing the public health workforce in Canada: a summary of regional workshops on workforce education and training. *Revue canadienne de santé publique* 2004; 95(3):186-187. (en anglais )
- (7) Groupe de travail conjoint fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines en santé publique. *Building the public health workforce for the 21st century. A pan-Canadian framework for public health human resources planning*. Ottawa: Agence de santé publique du Canada, 2005.
- (8) Council on Education for Public Health. *Accreditation criteria: public health programs*. Washington: CEPH, 2005.
- (9) Council on Education for Public Health. *Accreditation criteria: schools of public health*. Washington: CEPH, 2005.
- (10) Gebbie K, Rosenstock L, Hernandez LM. *Who will keep the public healthy? Educating public health professionals for the 21st century*. Washington: Institute of Medicine, 2003.
- (11) Association des écoles de santé publique dans la région européenne. *Criteria for the public health European review*. AESPRE, 2001.

- (12) Bator PA. Within reach of everyone. Volume II. A history of the University of Toronto School of Hygiene and Connaught Laboratories Limited. Ottawa: CPHA, 1995.
- (13) IRSC-Institut de la santé publique et des populations. Chaires en santé publique appliquée. 2006. Disponible sur le site : [www.cihir-irsc.gc.ca/f/31329.html](http://www.cihir-irsc.gc.ca/f/31329.html). Accès : 21-9-2006.
- (14) Levine D. A healthcare revolution: Quebec's new model of healthcare. *Healthcare Quarterly* 2005; 8(4):38-46, 2.
- (15) Comité d'examen de la capacité d'intervention de l'Ontario. Rapport final du comité d'examen de la capacité d'intervention : revitalisation de la capacité d'intervention des services de santé publique de l'Ontario. Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2006.
- (16) ASPH Education Committee. Master's degree in public health core competency development project. Version 2.3. Washington: ASPH, 2006.
- (17) Bury JA, Gliber M, Cavallo F, Fruehbuss J, Chauvigne C. Quality improvement and accreditation of training programmes in Public Health. Lyon: Fondation Merieux, 2001.