

Université Bordeaux 2 – Victor Segalen
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2010-2011

N° 3107

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 23 novembre 2010 à Bordeaux

Par **Bruna ALVES DE REZENDE**

Née le 19 mars 1979 à Goiânia (Brésil)

La formation des internes de santé publique en France

Offre et satisfaction

Jury

Monsieur le Professeur Roger SALAMON	Président
Monsieur le Professeur François DABIS	Juge
Monsieur le Docteur Louis LEBRUN	Juge
Madame le Professeur Geneviève CHENE	Directrice de thèse
Madame le Docteur Marianne SAVES	Rapporteur

À mon père pour l'exemple d'investissement professionnel qu'il a toujours été
À ma mère pour sa capacité d'être transversale et de faire preuve d'une compétence hors
pair dans sa profession

Mais surtout, à tous les deux pour leur tendresse, leur présence, leur confiance et
leurs encouragements

À mes juges

Monsieur le Professeur Roger SALAMON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Université Bordeaux 2

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, que j'espère à la hauteur des enseignements que vous m'avez transmise.

Je vous remercie pour vos conseils et pour votre aide précieuse à mon orientation professionnelle à des moments clefs de ma formation.

Que ce travail soit le témoin de mon estime et de ma reconnaissance pour votre investissement pour l'internat de santé publique à Bordeaux et en France.

Monsieur le Professeur François DABIS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Université Bordeaux 2

Je vous remercie pour votre prompte disposition à juger ce travail.

Soyez assuré de ma profonde gratitude et reconnaissance.

Monsieur le Docteur Louis LEBRUN

Praticien Hospitalier, Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Merci pour ta disponibilité renouvelée : dans le cadre de ce travail, pour m'aider à retracer l'histoire de la spécialité à laquelle j'accède et pour accepter ensuite de le juger. Ton aide dans ce dernier rite de passage aura été fondamentale.

Merci également pour toutes les occasions de discuter de la pratique médicale de santé publique, pour ton ouverture d'esprit à l'égard de tes futurs collègues, pour ton investissement inépuisable pour notre spécialité.

Madame le Docteur Marianne SAVES

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier,

Université Bordeaux 2

Je vous remercie d'avoir accepté le rôle de rapporteur de cette thèse et de la disponibilité dont vous m'avez honorée pour ce qui concerne les délais.

Votre accueil cordial, votre écoute attentive et vos conseils précieux m'ont beaucoup aidée à améliorer ce manuscrit.

Je vous en suis très reconnaissante.

Madame le Professeur Geneviève CHENE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, Université Bordeaux 2

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de diriger ce travail.

Votre rigueur, ainsi que la clarté et le bien-fondé de vos interventions à chaque fois qu'il m'a été donné de vous entendre au cours de mon internat ont été pour moi des modèles à suivre. Ce travail a été l'occasion de réparer le manque d'opportunité d'intégrer votre équipe pendant ma spécialisation.

Merci pour vos critiques toujours constructives et enrichissantes et pour le soutien dont vous témoignez, en tant que maître et en tant qu'ancienne interne de santé publique, aux sollicitations et aux propositions des étudiants.

Remerciements

À **Leila et Geraldo**, pour les raisons déjà évoquées et pour toutes celles que je ne peux évoquer. Vous avez la mesure exacte du bonheur que ceci représente.

À **ma sœur Ana Flávia et à sa petite famille**, qui me rappellent tout le temps qu'il faudrait peut-être m'y mettre un jour. Et qu'il faudrait peut être rentrer aussi.

À **mon frère Geraldo Júnior**, bien plus courageux que moi à attaquer une thèse de sciences, avec qui il me manque de pouvoir discuter.

À **toute ma famille**, qui me rappelle par son absence combien il est important d'avoir des racines. Merci, avec tout mon amour.

A **José** pour le présent et pour ta présence, pour ton soutien, ta sérénité et tes sentiments. Pour notre histoire et pour ce qu'elle deviendra. Je suis heureuse que tu sois là.

A **Catherine**, pour le partage de tant de moments de joie, mais parfois aussi de doute, pour ton aide constante. Et pour être devenus, avec **Yoann, Morgan et Solenne** ma nouvelle famille dans mon nouveau pays.

À **Bertrand**, pour avoir été à l'origine de cette belle aventure, pour les années de vie partagées, pour ce que l'on partage encore. Toi aussi, tu peux appréhender ce que cette étape signifie pour moi.

À **mes amis**, pour le bonheur (et les quelques soirées, déjeuners, dîners et verres d'alcool) partagés. Et tout particulièrement (dans le désordre, exprès) :

A Bertrand, Tarik, Aurélie, Kathalyn, Sandra, pour m'avoir aidée à redonner du sens aux évènements et à persévérer quand j'avais l'impression d'avancer dans le brouillard.

A Anne, Pauline, Drissa, Quitterie, Cédric, Matthieu, Madeleine, Paula, Emilie, parce que vous avez partagé mon cheminement dans cette spécialité, mais surtout parce que ceci a fait de chacun de vous des personnes spéciales à plusieurs autres titres.

A Chloë, Sarah, Céline, Marco, pour votre amitié et votre présence, chacun à sa façon.

Au Brésil, tous ceux qui ne m'oublient pas et que je n'oublie pas (en plus de ceux que j'oublie à tort), en particulier : Luciano, Patrícia, Katia, Lívia, Joana, Eliza.

Aux personnes ayant contribué à l'écriture de cette thèse, que je nomme dans les annexes de ce travail.

À mes amis et collègues du CLISP, pour le travail commun pour la formation d'excellence des internes de santé publique, pour le partage d'expériences professionnelles, pour le conseil, pour l'amitié.

À mes maîtres en médecine et en Santé Publique au Brésil, tout particulièrement à Emerson Merhy mais aussi à Gastão W S Campos, qui m'ont donné envie de cette spécialité.

À tous ceux qui par leur rôle dans les enseignements et dans les stages que j'ai suivis en France ont contribué pour que j'y arrive !

... et pour finir, à W A Mozart, pour le Duo pour violon et alto en sol majeur (Kv. 423) qui a joué en boucle pendant l'écriture de cette thèse !

Abréviations utilisées dans le texte

ADELFF : Association des épidémiologistes de langue française

AISP : Ancien(s) interne(s) de santé publique et médecine sociale

ARS : Agences régionales de santé

CAISP : Congrès annuel des internes de santé publique

CES : Certificat d'études spéciales

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNIL : Commission nationale informatique et libertés

CIMES : Collège des Enseignants d'Informatique Médicale, Biomathématiques, Méthodes en Epidémiologie, Statistiques, il réunit les enseignants qualifiés dans la sous-section 46.04 du CNU

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNU : Conseil national des universités

CLISP : Collège de Liaison des Internes de Santé Publique

CNEM : Commission nationale des études médicales

CNIPI : Commission nationale de l'internat et du post internat

CUESP : Collège universitaire des enseignants de santé publique, il réunit les enseignants qualifiés dans la sous-section 46.01 du CNU

DES : Diplôme d'études spécialisées (sanctionne la fin du 3^e cycle des études médicales)

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

DES MT : Diplôme d'études spécialisées de médecine du travail

DES SP : Diplôme d'études spécialisées de santé publique et médecine sociale

DIM : Département d'information médicale

DIU : Diplôme interuniversitaire

DU : Diplôme d'Université

ECN : Epreuves classantes nationales en médecine

EPP : Évaluation des pratiques professionnelles

Euronet-MRPH : European network of medical residents in public health

GT : groupe de travail

IDF : Île-de-France

ISNIH : Intersyndicat national des internes des hôpitaux

ISP : Interne(s) de santé publique et médecine sociale

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

SFSP : Société française de santé publique

SITI : Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

SNSP : Syndicat national des spécialistes de santé publique

TD : travaux dirigés

UEMS : Union européenne des médecins spécialistes

Table des matières

PREAMBULE	12
1 INTRODUCTION	14
1.1 LA SANTE PUBLIQUE – UNE SPECIALITE MEDICALE ?	14
1.1.1 DEFINIR LA SANTE PUBLIQUE	14
1.1.2 CHAMP DE LA SANTE PUBLIQUE EN FRANCE	15
1.1.3 ORIGINE DE LA DISCIPLINE UNIVERSITAIRE DE SANTE PUBLIQUE	18
1.1.4 LA SPECIALITE MEDICALE DE SANTE PUBLIQUE	19
1.1.5 UN DEFAUT D’IMAGE ?	22
1.2 LA FORMATION DES INTERNES DE SANTE PUBLIQUE	23
1.2.1 ACCES AU DES	23
1.2.2 ORGANISATION DU DES DE SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE	23
1.2.3 HETEROGENEITE	24
1.3 LE COLLEGE DE LIAISON DES INTERNES DE SANTE PUBLIQUE (CLISP)	24
1.3.1 CONTRIBUTIONS DU CLISP POUR LA FORMATION DES INTERNES DE LA SPECIALITE	26
1.3.2 EUROPEAN NETWORK OF MEDICAL RESIDENTS IN PUBLIC HEALTH (EURONET MRPH)	28
1.4 UNE ENQUETE SUR LA FORMATION, POUR QUOI FAIRE ? OBJECTIFS DE CETTE ETUDE	28
2 METHODES	31
2.1 TYPE D’ETUDE	31
2.2 PROTOCOLE D’ECHANTILLONNAGE	32
2.2.1 VOLET « OFFRE DE FORMATION »	32
2.2.2 VOLET SATISFACTION DES INTERNES	32
2.3 QUESTIONNAIRES	33
2.4 RECUEIL DES DONNEES	34
2.5 ANALYSES DES RESULTATS	35
3 RESULTATS	37
3.1 PREMIER VOLET : L’OFFRE DE FORMATION DANS LE CADRE DU DES DE SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE EN FRANCE	37
3.1.1 ACCUEIL ET INFORMATION DES INTERNES	37
3.1.2 FORMATION THEORIQUE	38
3.1.3 FORMATION PRATIQUE	41
3.1.4 VALIDATION DU DES	44
3.2 DEUXIEME VOLET : LA SATISFACTION, LES PARCOURS ET LES SOUHAITS DES INTERNES DE SANTE PUBLIQUE EN FRANCE	44
3.2.1 SATISFACTION AVEC LA SPECIALITE ET AVEC L’OFFRE DE FORMATION EXISTANTE	46
3.2.2 LE PARCOURS DE INTERNES DE SANTE PUBLIQUE	48
3.2.3 SOUHAIT DES INTERNES PAR RAPPORT A LEUR DES	54
4 DISCUSSION	57
4.1 CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES	57
4.2 ADEQUATION A LA MAQUETTE ET ADEQUATION DE LA MAQUETTE	58
4.2.1 UNE ANALYSE DE L’OFFRE	58
4.2.2 CONFRONTATION AUX ATTENTES DES ISP	60
4.2.3 LES DISPOSITIONS PRISES PAR LES INTERNES	62

4.2.4 UN PEU DE SANTE PUBLIQUE	64
4.3 PROPOSITIONS	66
CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	69
ANNEXE 1	75
PERSONNES IMPLIQUEES DANS LA REALISATION DE L'ENQUETE « DES DE SANTE PUBLIQUE » EN FRANCE ET EN ITALIE	75
ANNEXE 2	76
PERSONNES CONTACTEES POUR DES INFORMATIONS RELATIVES A L'ORIGINE DE L'INTERNAT DE SANTE PUBLIQUE	76
ANNEXE 3	77
MAQUETTE DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE SANTE PUBLIQUE ET MEDECINE SOCIALE	77
ANNEXE 4	78
VARIABLES SELECTIONNEES POUR LA COMPARAISON ENTRE LES RESULTATS DES ENQUETES FRANÇAISE ET ITALIENNE ET LEURS RESULTATS	78
ANNEXE 5	80
QUESTIONNAIRE DU VOLET « OFFRE DE FORMATION »	80
ANNEXE 6	86
QUESTIONNAIRE DU VOLET « SATISFACTION DES INTERNES »	86
ANNEXE 7	92
OFFRE DE FORMATION PAR SUDIVISION D'INTERNAT (SELECTION DE VARIABLES)	92
ANNEXE 8	96
MASTERS 2 PORTANT UNE MENTION SANTE PUBLIQUE DANS UN DES NIVEAUX D'INTITULE PROPOSES EN 2009-2010 PAR LES UNIVERSITES FRANÇAISES	96
ANNEXE 9	98
MASTERS 2 PORTANT SUR DES DISCIPLINES PROCHES DE LA SANTE PUBLIQUE PROPOSES EN 2009-2010 PAR LES UNIVERSITES FRANÇAISES	98
ANNEXE 10	101
SYNTHESE DES PROPOSITIONS DU CLISP CONCERNANT LES MODALITES PRATIQUES D'ORGANISATION DE LA FORMATION DANS LE CADRE DU DES SP	101
RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS	102

Préambule

En tant qu'interne de santé publique (ISP), je me suis impliquée dans le Collège de liaison des internes de santé publique (CLISP) dès ma deuxième année de spécialisation. La participation à cette association nationale d'ISP a beaucoup contribué à façonner le profil du médecin spécialiste de santé publique que je deviens, tant pour les rencontres professionnelles que j'ai pu y faire que pour la réflexion personnelle et collective qui en résulte à propos de la pratique de la médecine de santé publique et des enjeux représentés par la spécialité et la formation afférente.

L'amélioration de la formation des médecins spécialistes de santé publique est historiquement un des principaux axes de travail de l'association des internes. Pour ce faire, le CLISP anime des débats entre internes et noue des partenariats avec des acteurs institutionnels universitaires¹ et non universitaires². Plusieurs générations d'internes ont partagé le ressenti d'une formation globalement peu structurée et hétérogène à l'échelon national. La maquette de formation du 3^e cycle des études médicales de santé publique, paraissait peu suivie et de surcroît de moins en moins adaptée tant à baliser la formation qu'à répondre aux besoins de compétences médicales de haut niveau dans un champ d'exercice rapidement évolutif.

Ces constats d'insuffisance étaient partagés avec et par les enseignants de la spécialité. Ils ont fait émerger le besoin de reconsidérer les objectifs, la maquette et les modalités de la formation des médecins spécialistes de la discipline et de définir les orientations pour une refonte éventuelle.

En 2008-2009 le CLISP, en accord avec le CUESP, décide de la réalisation d'une enquête à propos de l'offre de formation et de la satisfaction des internes vis-à-vis de la spécialité et de l'internat de santé publique et médecine sociale (DES SP) pour objectiver les demandes et étayer les discussions à propos de la formation. À l'époque nous avions connaissance de démarches similaires dans d'autres spécialités, mais ces démarches concernaient alternativement l'un ou l'autre des volets qui nous intéressaient (1,2).

Une revue de la littérature nous a montré que la démarche d'enquête était originale, une seule étude à ce sujet ayant été publiée, concernant l'internat de santé publique en Pologne (3) et en langue locale. Un travail descriptif de l'offre de formation dans le cadre du DES SP en France et les enjeux représentés par la spécialité médicale de santé publique avait déjà été réalisé en 1986

¹ En particulier les deux collèges universitaires d'enseignants de la discipline, le Collège des enseignants d'informatique médicale, biomathématiques, méthodes en épidémiologie, statistiques (CIMES) et le Collège universitaire des enseignants de santé publique (CUESP).

² En particulier, le Syndicat national des médecins spécialistes de santé publique (SNSP). D'autres partenaires institutionnels peuvent être sollicités ponctuellement.

par un ISP (4), mais n'était répertorié dans aucune des bases de données bibliographiques courantes³ et de ce fait n'a pas pu être utilisé lors de l'élaboration du protocole du présent travail. Dans tous les cas, il n'aurait pu répondre aux besoins actuels d'information.

Le travail présenté dans cette thèse est une réalisation associative que j'ai coordonnée (l'ensemble des personnes impliquées dans le projet est cité dans l'annexe 1). La présentation de l'enquête et de ses résultats est précédée de quelques réflexions concernant l'internat de santé publique et les champs d'action pour les médecins spécialistes de la discipline.

³ *Catalogue du Système universitaire de documentation (SUDOC), Pascal, Banque de données en santé publique (BDSP), Bibliothèque nationale de médecine des Etats-Unis (PubMed).*

1 Introduction

En essayant de retracer l'histoire de l'internat de santé publique (officiellement Diplôme d'études spécialisées de santé publique et médecine sociale, DES SP) pour introduire cette thèse, j'ai constaté que les informations relatives à cette filière de spécialisation médicale sont rares et parcellaires. Pour exemple, des ouvrages qui font figure de référence dans la discipline (5) ou qui portent sur la pratique de la santé publique par des médecins (6) ne font pas référence explicite au DES SP comme voie de spécialisation des médecins en France, ce que j'ai interprété comme un défaut de reconnaissance de l'apport des médecins spécialistes de la discipline et de l'excellence de leur formation.

Pour essayer de mieux appréhender et restituer les enjeux portés par la spécialité médicale de santé publique en France, j'ai combiné les données publiées à des informations issues d'entretiens avec des « acteurs » impliqués dans la création de la spécialité (Annexe 2). Ces personnes ont été choisies en fonction de leur proximité avec le CLISP ou de leur accessibilité par l'intermédiaire d'autres confrères médecins : ceci ne saurait ressembler à une démarche d'enquête qualitative scientifiquement valide, qui n'est pas un objectif de cette thèse. L'historique présenté et ses évolutions, lorsqu'il n'a pu se fonder sur des sources de données objectives, comprend une part d'interprétation personnelle des dires de mes interlocuteurs, qui ne pourraient de ce fait être associés aux inexactitudes qu'il comporte.

1.1 La santé publique – une spécialité médicale ?

La santé publique est une spécialité médicale pleinement reconnue d'un point de vue réglementaire, en France (7) comme dans l'ensemble des pays européens (8). Malgré cette reconnaissance, plusieurs confrères citent une dévalorisation ou un manque de reconnaissance *de facto*, de la part des confrères des autres spécialités ou des autres professionnels de la santé publique (dont des médecins non spécialistes exerçant dans la discipline). L'exposé de quelques particularités de la spécialité - son objet, son champ, son origine récente - peut donner quelques éléments pour comprendre cela.

1.1.1 Définir la santé publique

Les spécialités médicales peuvent être définies par leur objet d'étude, souvent un organe (la cardiologie, la dermatologie...), une entité nosologique (la rhumatologie, la cancérologie), un groupe défini par une tranche d'âge (pédiatrie, gériatrie). Une autre possibilité est la définition par le type de pratique : médecine, chirurgie, imagerie, biologie. Dans tous les cas, ces définitions

synthétiques ont le mérite de la clarté. L'exercice est plus hasardeux avec la « santé publique », expression profane évoquée dans de multiples situations non médicales. Plusieurs auteurs (9-11) décrivent les usages communs du terme, dont il est possible de retenir au moins trois définitions : l'état de santé d'une population (dont sa mesure), les interventions collectives de santé (dont les politiques publiques) et la discipline universitaire (scientifique et pour partie médicale).

Les deux premières définitions rattachent la santé publique à un champ d'action où s'entrecroisent plusieurs disciplines (12) : l'épidémiologie, les biostatistiques, l'informatique, la politique, la sociologie, l'anthropologie, l'économie, la médecine... Le troisième définit un domaine structuré de savoirs, avec un objet propre : la santé collective ou la santé des populations. La définition de cet « objet d'étude » permet de développer des cadres conceptuels et méthodologiques qui, s'ils font certainement appel à ceux des disciplines connexes, sont propres à l'objet étudié. On se rapproche d'une des définitions des spécialités médicales citées plus haut, mais avec une perspective plus large en comparaison aux définitions « ciblées » des autres spécialités.

Le DES SP est une formation de 3^e cycle des études médicales proposée à des médecins en formation initiale : il place ainsi la santé publique dans le domaine de la discipline universitaire et c'est en tant que tel qu'il sera analysé ici.

Les deux premières définitions ne sont pourtant pas à rejeter dans un effort de rapprochement entre la santé publique et les autres disciplines médicales. Contrairement à un des auteurs précédemment cités (9), pour qui ces différents domaines sont investis par des professionnels avec des compétences et des méthodes de travail différentes, les objets de cette thèse – l'internat et les internes de santé publique en France – se situent eux-mêmes au carrefour de ces définitions, entre la discipline scientifique et la pratique professionnelle. La question qui s'impose alors est : quel est le champ d'action du médecin spécialiste sur son objet ?

1.1.2 Champ de la santé publique en France

Pour y répondre, il est intéressant d'approcher le champ de la santé publique en examinant comment celui-ci a été circonscrit par l'État. S'il est possible de considérer que dans une société démocratique, l'activité de régulation traduit des conceptions sociétales, la circonscription légale du champ de la santé publique permet d'établir les compétences attendues et le champ d'action des professionnels qui sont identifiés à ce domaine à un moment donné.

L'aspect collectif de la santé est délicat à approcher en France. Si dans notre pays le système de soins est socialisé, la profession médicale et ses pratiques y évoluent de manière détachée de

l'État : les professionnels s'opposent (parfois violemment) à toute action pouvant briser leur pouvoir ou leur indépendance (13). Or, la santé publique est une spécialité médicale qui ne peut se concevoir que par la volonté de l'État d'agir sur la santé à l'échelon collectif, mais l'expression de cette volonté a été plutôt rare en termes de régulation jusqu'aux dernières décennies du siècle dernier. Ainsi, depuis le début du vingtième siècle, on n'identifie clairement que deux moments ayant marqué des évolutions du champ de la santé publique tel que défini par l'État en France : les « lois de santé publique » de 1902 et de 2004.

La loi de 1902 (14) s'inscrit dans le courant hygiéniste qui a dicté les interventions de l'État sur la santé collective pendant le XIX^e siècle. Elle définit essentiellement la protection de la santé publique comme la prévention et l'action sur les maladies transmissibles avec ou sans caractère épidémique. Pour ce faire, des mesures sanitaires sont applicables à la population (obligation de vaccination), aux professionnels (désinfection et déclaration de certaines maladies) et à l'urbanisation (contrôle de la salubrité des immeubles). Son principal apport est d'affirmer la responsabilité de la sphère publique sur la santé collective, dans le cas présent la responsabilité en est déléguée aux collectivités territoriales.

En août 2004, une nouvelle « Loi de santé publique » (15) est promulguée. Dans son Article 2, cette Loi apporte une actualisation et une redéfinition importantes de la responsabilité et du champ de la santé publique (Encadré 1).

ENCADRE 1. LE CHAMP DE LA SANTÉ PUBLIQUE D'APRÈS LA LOI DU 9 AOUT 2004.**Article 2**

« I. – L'article L. 1411-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-1. – La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels.

« La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'État.

« La politique de santé publique concerne :

« 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;

« 2° La lutte contre les épidémies ;

« 3° La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;

« 4° L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;

« 5° L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;

« 6° L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;

« 7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;

« 8° La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;

« 9° L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ;

« 10° La démographie des professions de santé. » »

Cette loi remet à l'État la responsabilité d'établir une politique de santé à l'échelon national et élargit le champ de la santé publique à l'organisation des soins et du secteur médico-social⁴ et à la prévention sous toutes ses formes, en plus de l'hygiène des milieux déjà consacrée. Elle définit par ailleurs la planification par objectifs comme méthode d'élaboration de la politique de santé et institutionnalise l'évaluation de cette politique en créant le Haut conseil de la santé publique.

Cet élargissement, qui n'a de fait rien d'abrupt, traduit un investissement progressif par l'État du champ de la santé publique, spécialement après les crises économiques des années 1970 et les

⁴ Cette orientation a été confirmée par la suite dans la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

scandales sanitaires des années 1980 (sang contaminé, vache folle, etc.) (16). Plusieurs de ces nouveaux champs sont apparus et se sont développés après la création de l'internat de santé publique et se sont constitués en autant de nouveaux domaines d'activité pour le médecin spécialiste de santé publique.

La spécialité médicale de santé publique a ainsi un objet d'étude plus large et moins bien reconnaissable que celui des autres spécialités médicales associé à un champ d'action vaste. Le champ de la santé publique est par ailleurs investi par des médecins ayant d'autres spécialités, car tous les professionnels médicaux ont des missions de santé publique. Il est également investi historiquement et de façon très profitable par des disciplines scientifiques et des professionnels non médicaux. Ces caractéristiques font l'intérêt de cette spécialité médicale par rapport aux autres. Mais elles rendent la circonscription du rôle du médecin en exercice exclusif et la définition de son apport plus difficile que pour les autres spécialités, et pourraient être en partie à l'origine d'un manque de valorisation des spécialistes médicaux. Un autre facteur possible est l'origine récente de la spécialité en France.

1.1.3 Origine de la discipline universitaire de santé publique

La reconnaissance de la santé publique en tant que discipline universitaire suit celle de la création de la filière médicale universitaire, en 1982 (cf. ci-dessous). La discipline constitue la section 46 du Conseil National des Universités (CNU) pour les disciplines médicales et odontologiques (17), au sein duquel elle est nommée « Santé publique, environnement et société ». Elle est composée de 4 sous-sections :

- 46.01 : Santé publique, économie de la santé et prévention ;
- 46.02 : Médecine et santé au travail ;
- 46.03 : Médecine légale et droit de la santé ;
- 46.04 : Biostatistique, informatique ; Médecine et technologies de communication.

Historiquement, elle associait également l'hygiène hospitalière, actuellement placée dans la section 45 : « Microbiologie, maladies transmissibles et hygiène ».

Le DES SP se rattache aux sous-sections 46.01 et 46.04. La médecine du travail et la médecine légale constituent actuellement des disciplines avec des formations spécifiques et extérieures au DES SP (un DES pour la première et un DESC pour la seconde), et ne seront pas traitées ici.

Cette discipline universitaire prend son origine dans 3 courants « classiques » de la santé publique : l'hygiène, la santé communautaire / médecine sociale et l'épidémiologie / biostatistique. Avec des origines différentes et utilisant des cadres conceptuels et

méthodologiques divers, ces trois disciplines partagent leur objet d'étude, ce qui suffirait à expliquer leur rapprochement pour plusieurs auteurs (5,6,18).

Mes interlocuteurs universitaires ont avancé d'autres raisons à ce rapprochement : l'essor de la santé communautaire et son autonomisation par rapport au courant hygiéniste en France aurait permis à un groupe d'universitaires Français de prendre contact avec les cadres conceptuels et les modèles de formation en santé publique des pays anglo-saxons et scandinaves. Ces nouveaux cadres ont conduit au développement de nouvelles méthodes et d'un nouveau programme d'enseignement pour la santé publique, tant en médecine que dans les autres filières de formation en santé (19,20), dans lesquels les sciences « dures » comme la biostatistique et l'épidémiologie avaient toute leur place. L'idée était de créer en France des formations comparables aux « masters of public health » anglo-saxons. La légitimité des médecins dans la discipline serait quant à elle assurée par la création d'une formation de 3^e cycle des études médicales, qui en incarnerait l'excellence et la transversalité (21). Ce constat aurait facilité le rapprochement entre praticiens de santé publique « de terrain » et chercheurs INSERM (médecins et non-médecins), capables d'assurer un haut niveau de compétence dans ces nouveaux domaines encore peu accessibles à des praticiens de santé publique issus de la clinique.

La prééminence de ces disciplines « dures » (biostatistique, épidémiologie, informatique) dans la santé publique comme dans tout autre domaine de la médecine était inévitable : cette ouverture vers les expériences étrangères coïncide ou suit de près le développement de la recherche méthodologique en expérimentation clinique à l'échelon mondial. Les nouveaux standards internationaux de publication, sans oublier le développement des systèmes d'information en médecine, ont certainement joué un rôle important, quoique progressif, dans ce rapprochement.

1.1.4 La spécialité médicale de santé publique

La dénomination « médecin de santé publique » est utilisée de forme indifférenciée en France pour désigner des professionnels de formation diverse (22) : (i) les spécialistes d'autres disciplines qui exercent des missions de santé publique ; (ii) ceux qui ont obtenu une qualification ordinaire dans la spécialité auprès du Conseil national de l'Ordre des médecins sans avoir suivi le parcours classique de spécialisation ; (iii) les médecins spécialistes par leur formation initiale : le DES SP.

Peu de documents retracent l'historique de la création du DES SP. Pour ce qui concerne mes recherches à ce sujet, les seuls documents retrouvés étaient des articles publiés ou des

manuscripts produits par les ISP des premières promotions (4,18,23,24)⁵. La santé publique est reconnue comme une spécialité médicale depuis la réforme du 3^e cycle des études médicales de 1982 (25). Cette réforme a marqué un tournant dans la formation médicale. À l'organisation élitiste de la formation spécialisée avec un internat de CHU et des voies alternatives de spécialisation moins valorisées, elle oppose une volonté d'harmoniser l'accès à la spécialisation à l'ensemble des médecins (spécialistes et généralistes), avec un triple objectif : pédagogique, démographique et économique (26). Elle a créé quatre filières de formation de 3^e cycle en médecine :

- médecine générale ;
- médecine spécialisée ;
- santé publique ;
- recherche.

Ces filières étaient désormais accessibles par un concours unique, à l'exception de la médecine générale, à laquelle l'admission était acquise dès la validation du 2^e cycle des études médicales. Cette réforme a aboli les voies alternatives à la spécialisation en CHU : les internats de région (de périphérie) et les Certificats d'études spéciales (CES). Pour ce qui est de la santé publique, qui devient une spécialité médicale à cette occasion, seul le CES était reconnu comme formation qualifiante avant la réforme.

D'après mes interlocuteurs, universitaires et anciens internes, la spécialité est initialement envisagée dans le monde universitaire comme la voie d'excellence pour la formation de spécialistes des différentes approches populationnelles de la santé (hygiène, médecine communautaire, recherche clinique, politiques de santé), qui partagent une connaissance approfondie des méthodes de mesure et d'analyse de l'état de santé des populations. Ce groupe d'universitaires, dont j'ai pu identifier quelques acteurs⁶, se serait constitué en lobbying auprès des décideurs politiques.

Les principaux interlocuteurs des universitaires à ce moment étaient, toujours d'après mes interlocuteurs, Alain SAVARY, alors ministre de l'Éducation et son conseiller Maxime SELIGMANN, médecin. Pour ceux-ci, l'enjeu derrière la création de la spécialité était politique : créer une catégorie de médecins spécialistes pour doter la France d'une « véritable » politique de santé publique (27). La création de la spécialité n'avait rien de consensuelle : ses spécificités et les compétences attendues du médecin spécialiste étaient peu lisibles pour la majorité de

⁵ Plus : GROUCHKA C (archives personnelles). Devenir de la deuxième promotion d'internes en santé publique.

⁶ Sans avoir la prétention d'être exhaustive, je cite quelques noms fréquemment évoqués par mes interlocuteurs : Marc BRODIN, François GREMY, Jean-François d'IVERNOIS, Jacques MONNIER, Bernard PISSARRO, Jacques POUSS, Roger SALAMON, Daniel SCHWARTZ.

gauche ; elles ont rencontré une vive opposition des parlementaires de droite, parfois sous couvert d'une atteinte à la déontologie médicale (4). Forte de l'appui du gouvernement et malgré l'opposition globale à la réforme manifestée par les étudiants en médecine, la filière a pu voir le jour suite à l'adoption du projet de loi présenté par Alain SAVARY et Jack RALITE (26), alors ministre de la Santé ».

Plusieurs réformes du 3^e cycle de médecine se sont succédées depuis la création du DES SP. Pour ce qui concerne la spécialité, la plus importante d'entre elles a eu lieu en 1988 (28) et correspondait à la réintégration de la filière dans les spécialités médicales. Ceci a provoqué une baisse du recrutement avec une diminution importante du nombre de médecins diplômés au début des années 1990 (29).

La filière a été rétablie en 1990 (30) et le DES correspondant est depuis lors appelée « santé publique et médecine sociale ». La médecine du travail, qui correspondait à l'autre DES de la filière santé publique a été individualisé en filière à cette même occasion. Mais la multidisciplinarité et l'exercice de fonctions de santé publique par des non spécialistes réduisent la visibilité des apports réels et potentiels de ceux ayant suivi la voie de formation longue : le DES SP s'est vu de ce fait menacé à d'autres occasions.

En 2005-2006, la Commission nationale des études médicales (CNEM), a recommandé la diminution du nombre de postes ouverts suite au concours de l'internat 60 à 10 par an. Une vive réaction d'internes et enseignants (y compris d'autres spécialités médicales) a permis de l'éviter (31). Par la suite, en 2007-2008, une diminution absolue de 15% du nombre de postes (de 70 à 60) a été imposée (32). Cette baisse atteignait d'autres filières à faible recrutement : psychiatrie, biologie médicale et médecine du travail et favorisait la médecine générale. Une nouvelle fois internes, enseignants et spécialistes non universitaires de la discipline ont pu obtenir le rétablissement du nombre de postes l'année suivante (33).

Finalement, le nombre de postes est resté stable depuis 2009-2010, à 80 par an et devrait rester ainsi jusqu'en 2014-2015 (34). Sous cette apparente stabilité, se cache de fait une diminution relative de 12,4%. Dans la même période, l'effectif total de nouveaux internes s'accroît de 14,17% (de 8849 en 2010-2011 à 10103 en 2014-2015).

Au-delà de cette limitation des postes, en 2009-2010 et 2010-2011 il restait respectivement 20% et 10% de postes vacants dans la discipline à l'issue des ECN. Le nombre de nouveaux spécialistes était estimé à 40/an en 2005 (29) alors que le nombre de postes proposés annuellement tournait autour de 60. Ceci suggère qu'une proportion des étudiants changeait de filière en cours de spécialisation.

1.1.5 Un défaut d'image ?

La réforme de 1982, en résonance avec l'idéologie de gauche alors majoritaire, n'était pas bien vue des étudiants en médecine, pour qui l'élitisme du concours de l'internat était le garant de l'excellence de cette voie de formation. Sous la crainte d'un « nivellement par le bas » un mouvement de contestation s'est organisé et a obtenu le retrait de quelques points de la proposition de loi, mais l'harmonisation de la spécialisation a été maintenue (26).

Si l'opposition au projet par les étudiants en médecine ne concernait pas spécifiquement la création de la filière de santé publique, les nouveaux internes auraient eu, d'après mes interlocuteurs, des difficultés à s'intégrer dans les CHU une fois la réforme implantée. En cause : les spécificités de la nouvelle filière – en particulier l'absence d'activité clinique – qui l'éloignait de la pratique médicale et la rapprochait de l'administration, et l'assimilation au cas de la médecine générale, « promue sans mérite au rang de spécialité » aux yeux des internes de la filière de médecine spécialisée (4). D'autant plus que, depuis le début, le rang limite d'affectation en santé publique était inférieur à celui des autres spécialités (23). À cette image s'associait le fait que depuis le début la formation était très peu balisée et qu'aucun débouché n'existait a priori : le métier de médecin de santé publique était à inventer (18).

D'après les anciens internes que j'ai pu contacter, les premières promotions ont été particulièrement actives dans la recherche de cette « image de marque » :

- en produisant des informations sur les motivations des internes et les débouchés après l'internat (18,23,35)⁷ ;
- en maintenant une activité clinique importante qui « légitimait » leur pratique de santé publique comme un atout supplémentaire à la médecine praticienne ;
- en suivant des formations complémentaires parfois à l'étranger, ce qui conduisait *in fine* quoiqu'involontairement à valoriser un diplôme de santé publique autre que le DES SP ;
- en s'investissant dans les associations locales d'internes ;
- finalement, en se regroupant dans des associations d'internes de la spécialité, à l'échelon régional puis national. Nous y reviendrons.

Dans la section suivante, nous décrirons l'organisation du DES SP.

⁷ Plus : GROUCHKA C (archives personnelles), *supra*.

1.2 La formation des internes de santé publique

1.2.1 Accès au DES

Depuis 2005, l'accès aux différentes filières médicales ne se fait plus par des concours spécifiques, mais par des épreuves classantes nationales accessibles aux étudiants inscrits en dernière année de 2^e cycle (36). Un seul classement global permet aux étudiants de choisir leur spécialité et leur subdivision d'affectation. Les filières accessibles aux internes à partir de 2005 sont au nombre de 11 : anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique, spécialités chirurgicales et spécialités médicales. Seul le DES de « santé publique et médecine sociale » est rattaché à la filière santé publique.

1.2.2 Organisation du DES de santé publique et médecine sociale

La maquette de formation actuellement en vigueur pour le DES SP date de 1992 (37), lors de l'individualisation de la filière par rapport à celle des spécialités médicales, après une fusion qui n'aura duré que 2 ans. Par rapport à la maquette initiale de 1985 (38), celle-ci présente une réduction du volume horaire de formation théorique obligatoire d'un tiers (de 375 heures à 250 heures) et lève l'obligation de réaliser des stages cliniques pendant son internat.

La maquette actuelle (Annexe 3) prévoit une spécialisation de 4 ans, théorique et pratique. Elle pose les conditions suivantes pour accomplir la spécialisation médicale en santé publique :

- Suivre la formation théorique prévue pour le DES SP, qui correspond à 250 heures de cours portant sur les fondamentaux dans les divers domaines de la discipline et l'approfondissement dans deux domaines au choix parmi 4.
- Accomplir 8 stages de formation pratique de 6 mois chacun, dont seule la moitié est obligatoirement faite dans un service agréé pour le DES SP. Les 4 autres stages peuvent être faits en santé publique ou dans n'importe quelle autre discipline médicale. Au moins un des stages doit être réalisé dans une structure extra hospitalière.

En dehors des stages déjà agréés pour un DES, la réglementation en vigueur (36) prévoit des dispositions permettant d'enrichir la formation pratique des internes en médecine : l'agrément de nouveaux stages est possible et ceci peut éventuellement se faire en fonction de projets professionnels individuels.

Une maquette aussi peu contraignante a l'avantage de laisser une grande liberté dans l'organisation de la formation. Ceci ouvre également la possibilité d'une formation peu homogène dans les subdivisions.

1.2.3 Hétérogénéité

L'hétérogénéité de la formation à l'échelon national est un ressenti ancien des ISP (4,18). Déjà manifesté par les premières promotions, elle n'a à notre connaissance jamais été objectivée, à part pour quelques caractéristiques générales (4). Or, une formation de qualité homogène à l'échelon national est seule garante de l'excellence voulue pour la filière lors de sa création.

En l'absence d'une coordination nationale, chaque subdivision a structuré la formation des internes en fonction des activités déjà réalisées par les enseignants, ce qui a conditionné les choix relatifs à la formation réalisés par les premières promotions d'ISP. Dans le cas de la formation pratique, cette hétérogénéité concerne la diversité des terrains de stages principalement, mais également le maintien de la pratique clinique, l'orientation dans un domaine de la discipline, l'obligation d'assurer la permanence des soins dans son CHU de rattachement (tour de gardes).

La formation théorique semble pâtir du même problème. La spécialité faisant appel à diverses disciplines, l'offre de formation dans la plupart des subdivisions d'internat s'est vite avérée insuffisante. Des regroupements inter régionaux ont été faits pour pallier ce problème, mais la réponse n'était que partiellement satisfaisante et souvent instable dans le temps.

Dans la section suivante, nous décrirons quelques stratégies trouvées par les internes regroupés en association nationale pour améliorer la qualité de leur formation.

1.3 Le Collège de liaison des internes de santé publique (CLISP)

Le CLISP est une association Loi 1901 regroupant l'ensemble des internes de santé publique (ISP) à l'échelon national. Nous ne disposons malheureusement de presque aucune archive pour retracer l'histoire de l'association avant 2005. Les informations ici retranscrites proviennent des archives restantes lorsqu'il y en a, ou d'entretiens.

La fondation du CLISP aurait suivi de près celle du DES : l'association se serait organisée à partir de la tenue des premières assises des ISP à Lyon en 1986 et aurait été « confirmée » lors de la tenue des premières élections du Bureau en juin 1987, lors des deuxièmes assises des internes de santé publique (24,39). Le CLISP prend son origine dans le regroupement d'associations régionales d'ISP, créées par les premières promotions d'internes (18,24). Le besoin ressenti qui motive ce regroupement régional puis national est celui de reconnaissance de la spécialité et de mutualisation d'informations concernant les formations et les débouchés possibles, dans un contexte d'offre de formation défailante et mauvaise lisibilité des débouchés, d'après Paolo Bercelli (24) :

« L'absence de passé de cette formation a placé les premiers internes dans une situation inconfortable : l'enseignement théorique n'a pas été assuré de façon cohérente dès le départ et l'activité pratique s'est trouvée parfois bien éloignée du travail de santé publique, en l'absence de lieu réellement formateur dans lequel l'interne puisse être guidé dans son apprentissage.

Forts de leur inexpérience et fermement décidés à se former (...) les internes de Santé Publique ont tenté de se constituer en groupe susceptible d'affirmer leur identité et de répercuter auprès de leurs formateurs et des instances responsables.

Ce mouvement interne, puisant son énergie au sein des interrégions, a permis la tenue des premières Assises Nationales des Internes de Santé Publique à Lyon en 1986.

À partir des axes de travail et de réflexion initiés par cette rencontre, la structuration s'est faite sous forme d'un collège, le CLISP. (...) »

La réponse proposée par les internes alors en poste a ainsi été de fédérer les ISP pour créer une identité de médecin spécialiste de santé publique (« l'image de marque » dont il est question plus haut), partagée par tous ceux issus de l'internat. Créer une masse critique de spécialistes qui se reconnaissent dans une identité commune serait le premier pas vers la reconnaissance de l'excellence de la formation et des professionnels qui en sont issus. Les rencontres (telles les assises des ISP) étaient autant d'occasions de se retrouver autour de thèmes d'actualité dans la discipline, tout en enrichissant sa formation. Aucun autre document concernant les assises des ISP n'est répertorié. Les assises des ISP auraient été organisées jusqu'en 1990, puis abandonnées, probablement pour cause d'une démobilisation des internes suivant la réintégration de la filière dans les spécialités médicales, mais peut-être tout simplement aussi parce que le cursus de ces premières promotions de « fondateurs » arrivait à sa fin et que le relai n'était pas assuré.

Si le CLISP a pu prendre son origine dans le regroupement des associations locales ou régionales d'internes, il n'est actuellement pas un regroupement d'associations : la participation à tout évènement organisé par l'association est proposée à tous les ISP, qui y adhèrent à titre individuel (135 membres cotisants en 2009-2010), même si la participation à des groupes de travail est proposée aux associations régionales. C'est également à titre individuel que les ISP se présentent aux élections annuelles du Bureau et du Collège de l'association, en veillant à une répartition équitable à l'échelon inter régional.

Les objectifs de l'association, inscrits dans les statuts revus en 2007 sont :

- Favoriser la communication, les échanges et la coordination entre les membres⁸, et les internes de Santé Publique.
- Promouvoir la spécialité médicale de santé publique, et dans ce cadre, contribuer à la promotion de la culture de santé publique.
- Participer et/ou coordonner toute action et manifestation en rapport avec les buts de l'association.

En promouvant la rencontre des ISP entre eux, les séminaires organisés ou coorganisés par le CLISP alimentent et font renaître la recherche collective de l'excellence de la formation et de reconnaissance des spécialistes qui en sont issus. Par ailleurs, le CLISP assume de fait un rôle représentatif des ISP auprès des collègues d'enseignants de santé publique (CIMES et CUESP), du syndicat de la spécialité (SNSP), de l'Intersyndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH) et peut intervenir auprès d'acteurs institutionnels divers à la demande des ISP : localement pour toute difficulté rencontrée par les internes dans le cadre de leur formation et à l'échelon national pour tout sujet concernant le DES SP.

1.3.1 Contributions du CLISP pour la formation des internes de la spécialité

Le CLISP s'est intéressé depuis son origine à améliorer la formation des ISP à l'échelon national et à les aider à l'organisation de leurs parcours professionnels. L'absence d'archives ne nous permet pas de retracer cette histoire précisément, si ce n'est pour les assises précédemment citées et pour la tentative d'organisation d'un séminaire annuel de formation théorique « de base » à la fin des années 1990⁹. L'initiative aurait été prise par le coordonnateur du DES SP de l'inter région Ile-de-France de l'époque, mais n'a malheureusement jamais vu le jour pour cause de manque de collaboration entre les deux collèges d'enseignants, tout autant que pour des difficultés liées à l'organisation commune d'une formation alors qu'aucune instance de concertation ne regroupe l'ensemble des inter régions d'internat à l'échelon national.

Dans tous les cas, cette activité du CLISP s'accroît entre 2005 et 2010, tant par l'organisation de séminaires et de rencontres en collaboration avec d'autres acteurs institutionnels, que par l'organisation de groupes de travail concernant l'amélioration du DES SP.

1.3.1.1 Séminaires

Parmi les séminaires organisés, nous pouvons citer ;

⁸ Depuis 2005 le CLISP s'intitule « Collège de liaison des internes et anciens internes de santé publique » (ref) et les anciens internes peuvent ainsi être membres de l'association. L'inclusion des anciens internes n'a néanmoins jamais été rendue effective et les statuts ne les citent pas.

⁹ Goldberg M (archives personnelles). Compte-rendu de la réunion du 19/04/99 - préparation du séminaire national de formation "de base" des internes de santé publique.

- Séminaire national de formation des internes de santé publique (« Séminaire du CUESP », 3 journées par an) : organisé depuis 2005 en collaboration avec le Collège universitaire des enseignants de santé publique (CUESP) autour d'un thème d'actualité dans la discipline. C'est le plus grand rassemblement des ISP (130 participants en 2010).
- Séminaire du CLISP (1 journée par an) : une table ronde sur un métier de la santé publique et depuis 2008, une demi-journée de « forum professionnel » (rencontre avec des anciens ISP qui exposent leurs parcours) en collaboration avec le SNSP. Élections de l'association.
- Congrès annuel des internes de santé publique (« CAISP », 1 journée par an) : organisé à partir de 2010 pour la présentation des travaux scientifiques réalisés par les ISP au titre de leurs stages d'internat. Les ISP peuvent participer en soumettant leurs travaux ou au titre du comité scientifique qui les sélectionne pour présentation orale. Un prix est décerné au meilleur travail dont l'auteur a également la possibilité d'être accompagné pour la rédaction d'un article scientifique par un membre du comité éditorial de la revue « Santé Publique » éditée par avec la Société Française de Santé Publique (SFSP).
- Séminaire d'accueil et de formation des internes de santé publique (2 journées par an) : proposé à partir de 2009 aux internes ayant choisi la filière suite aux ECN, avant le début du premier stage d'internat. Son but est de former les nouveaux ISP à l'utilisation courante d'outils informatiques et leur transmettre quelques principes de biostatistiques, épidémiologie, gestion de base de données et politiques de santé, en plus de leur permettre de se renseigner sur le DES et ses débouchés auprès des anciens internes.
- Séminaire de formation à l'écriture d'articles scientifiques (2 journées) : Expérience tentée pour la première fois en 2010, en partenariat avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS, revue « Pratique et organisation des soins »).

1.3.1.2 Groupes de travail

Depuis la réalisation de l'enquête qui sera présentée ci-après, le CLISP a organisé deux groupes de travail (GT) :

- GT interassociatif : organisé entre juin 2009 et avril 2010, il a réuni les associations régionales et inter régionales d'ISP. Le référent CLISP de chaque subdivision d'internat y était également convié. Son objectif était de formuler les propositions des ISP pour la refonte de la maquette du DES SP en se fondant sur les résultats de l'enquête ci-après. Le résultat de ce travail constitue la base des propositions faites par le CLISP actuellement.
- GT « Avenir des spécialités » : organisé à partir d'avril 2010 dans le cadre de la réforme du 3^e cycle des études médicales actuellement en cours (cf. discussion).

1.3.2 European network of medical residents in public health (Euronet MRPH)

La rencontre entre des membres du CLISP et de l'association italienne d'ISP (Consulta degli specializzandi della Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica – SITI) a introduit l'association à une nouvelle perspective d'analyse des enjeux de santé publique et de ceux de notre spécialité. De ces rencontres est ressorti le constat que certains problèmes relatifs à la spécialisation médicale de santé publique étaient partagés par les deux pays, et que la valorisation de la spécialité passait par l'harmonisation de nos compétences à l'échelon européen.

L'enquête présentée ci-après est le premier projet commun développé par ces deux associations d'internes de santé publique. Des représentants de la « Consulta » ont participé à la construction du questionnaire français et des variables ont été sélectionnées pour comparaison des deux pays (Annexe 4), dans le but de fournir des éléments pour cette harmonisation. La présentation des résultats comparatifs dépasse les objectifs de cette étude, mais ils ont été récemment présentés dans le congrès de la société savante de la spécialité en Italie (40). Ils seront utilisés dans la discussion.

L'expérience positive a conduit à proposer des partenariats pérennes : une association européenne d'associations nationales d'ISP dont participent Espagne, France et Italie¹⁰ a été créée en 2010. Outre l'extension de ce réseau professionnel à l'échelon européen, un de ses principaux objectifs sera de faciliter la mobilité des internes pour des stages à l'étranger dans un des autres pays membres. Elle devrait permettre également d'appréhender plus facilement les thèmes d'actualité en santé publique à l'échelon européen¹¹.

1.4 Une enquête sur la formation, pour quoi faire ? Objectifs de cette étude

La maquette du DES SP est ancienne. Nous ne disposons pas de la maquette initiale de 1984, mais les seuls documents retrouvés concernant une révision aboutie datent de 1986 (4). Des discussions concernant un renouvellement auraient été entamées dans les années 1990, sans jamais aboutir¹². Le développement des disciplines « annexes », le redéploiement du champ de la

¹⁰ L'objectif est d'élargir cette association à tous les pays européens dans lesquels des formations équivalentes à l'internat existent. Des pourparlers sont en cours avec une association britannique actuellement.

¹¹ Une expérience tentée avec succès : l'intervention des internes Espagnols et Italiens lors du dernier séminaire du CUESP, à Toulouse, pour parler du traitement des inégalités sociales de santé (thème du séminaire) dans leurs pays respectifs.

¹² Goldberg M (archives personnelles, 1996) :

- Quelques réflexions sur l'organisation du programme du DES.
- Diplôme d'études spécialisées de santé publique.

santé publique et la pérennisation de la filière ont fait en sorte que la variété des débouchés possibles augmente (18,29,35,41-43), de même que les compétences exigibles des spécialistes. Au-delà des problèmes pragmatiques concernant l'organisation de la formation dans les différentes subdivisions, les objectifs de formation sont dès lors à revoir. Ce constat partagé par internes et enseignants introduit des discussions pour la refonte de la maquette du DES SP dès 2008-2009.

Ce travail s'inscrit dans une démarche générale de production de connaissances relatives au DES de santé publique et médecine sociale et à l'exercice de la médecine de santé publique. Elle va de pair avec les objectifs du CLISP précédemment cités. L'objectif de cette démarche est triple :

- améliorer et harmoniser la qualité de la formation des médecins de santé publique en France ;
- adapter les compétences techniques du médecin spécialiste de santé publique aux formes d'exercice de la spécialité qui se sont développées depuis l'origine du DES SP ;
- valoriser la spécialité médicale de santé publique et médecine sociale auprès des décideurs politiques, des employeurs potentiels et des autres médecins, en mettant en exergue les compétences du médecin spécialiste et son rôle dans le système de santé.

Pour ce faire, le CLISP a organisé des actions en 3 temps :

- Réalisation d'une enquête concernant l'offre de formation proposée dans le cadre du DES et la satisfaction des internes à propos de cette offre.
- Réalisation d'une enquête s'intéressant au devenir professionnel des anciens internes de santé publique (protocole en cours de finalisation).
- Élaboration d'un référentiel métiers et d'un référentiel compétences du médecin de santé publique en concertation avec les médecins spécialistes universitaires et non universitaires (22).

En tant que vice-présidente de l'association en 2008-2009, j'ai eu à ma charge d'élaborer le protocole et les questionnaires de la première enquête. Plusieurs personnes du CLISP y ont contribué par une importante charge de travail à différents moments, de même que deux membres de la « Consulta ». La mise en route de l'enquête et l'analyse des réponses a également impliqué une importante charge de travail de la part d'autres personnes du CLISP (Annexe 1).

Les objectifs principaux de la présente enquête sont de :

- **Décrire l'offre de formation proposée en France dans le cadre du DES de santé publique et médecine sociale.**

- **Relever la satisfaction des internes de la spécialité en France avec la formation qui leur est proposée, décrire leurs parcours de formation et leurs souhaits par rapport à l'organisation de leur spécialisation.**

Des objectifs secondaires en rapport avec la démarche générale décrite ci-dessus sont identifiables :

- Valoriser l'offre disponible dans les différents lieux de formation ;
- Caractériser l'hétérogénéité de l'offre disponible et en identifier les points forts et les dysfonctionnements ;
- Aider les internes à organiser leur formation ;
- Aider les étudiants en deuxième cycle des études médicales dans leur recherche d'informations générales sur le DES de santé publique et médecine sociale ;

2 Méthodes

2.1 Type d'étude

Nous avons mené une enquête transversale descriptive à deux volets : l'un s'intéresse à l'offre de formation proposée en 2008 – 2009 dans le cadre du DES de Santé Publique et médecine sociale dans chaque subdivision d'internat¹³ ; l'autre s'intéresse à savoir comment les internes de la spécialité organisent leur parcours de formation pendant leur DES et quel est leur niveau de satisfaction vis-à-vis de l'offre existante. Les deux volets diffèrent par les populations auxquelles ils s'intéressent :

- volet « Offre de formation » : les référents du CLISP¹⁴ pour chaque subdivision d'internat, soit un interne par faculté de médecine proposant l'inscription en DES de Santé publique et médecine sociale en 2008 - 2009.
- volet « Satisfaction des internes » : les internes en médecine inscrits en DES de Santé publique et médecine sociale en France pour l'année universitaire 2008 - 2009.

Une enquête similaire a eu lieu simultanément en Italie. Les deux questionnaires ont été pour partie conçus conjointement en harmonisant la formulation et les modalités de réponse possibles à des questions sélectionnées, de façon comparer les résultats entre pays (Annexe 4). La présentation des résultats italiens a fait l'objet d'un travail à part (40). Leur comparaison avec les résultats français dépasse les objectifs de cette thèse, mais ils seront évoqués dans la discussion du présent travail.

¹³ Administrativement (44), une subdivision d'internat correspond à « un espace géographique comportant un seul centre hospitalier universitaire ». La loi précise par ailleurs que « l'ensemble de la formation est assuré sous le contrôle de la ou des unités de formation et recherche médicales de la subdivision ».

¹⁴ Les référents du CLISP dans les subdivisions d'internat sont des internes de santé publique et médecine sociale choisis par leurs pairs et volontaires pour assurer le rôle de correspondant entre les ISP de sa subdivision d'origine et le CLISP pendant une année universitaire. Ils sont désignés lors de l'assemblée générale du CLISP qui a lieu chaque année en juin pour une prise de fonctions au début de l'année universitaire suivante. A défaut de désigner son référent lors de l'assemblée générale, chaque subdivision peut le faire par contact téléphonique ou électronique ultérieur avec le CLISP. Les internes de chaque subdivision ne choisissent qu'un seul référent par an, à l'exception de la subdivision de Paris qui choisit entre 3 et 5 référents du fait du nombre élevé et de l'éclatement géographique des internes. Les internes des subdivisions localisées en DOM sont représentés au CLISP par le référent de la subdivision de Bordeaux.

2.2 Protocole d'échantillonnage

2.2.1 Volet « offre de formation »

Enquête exhaustive adressée aux référents du CLISP de toutes les subdivisions d'internat de santé publique et médecine sociale de France métropolitaine en 2008 - 2009. Pour éviter les doublons, un référent unique s'est désigné volontaire pour Paris. Aucun envoi spécifique concernant l'offre de formation en Outre-mer n'a été prévu lors de la conception de l'enquête. De ce fait, seules les informations pour la France métropolitaine sont disponibles.

Le questionnaire de ce volet n'est pas anonyme.

2.2.2 Volet satisfaction des internes

Enquête exhaustive avec recrutement fondé sur l'annuaire des Internes de Santé Publique conçu et mis à jour tous les ans avec la collaboration des internes référents du CLISP dans chaque subdivision d'internat.

L'annuaire des internes de Santé Publique est constitué comme suit :

- En début d'année, les référents du CLISP sont contactés par le secrétaire de l'association par courrier électronique pour renseigner des informations permettant au CLISP de contacter individuellement les internes de chaque subdivision. Les informations minimales demandées sont : prénom et nom de l'interne, semestre d'internat, courrier électronique. D'autres informations, optionnelles, sont : stage actuel, numéro de téléphone et adresse.
- Des relances par courriel ou par téléphone sont faites autant de fois que nécessaire. Le secrétaire du CLISP réceptionne les réponses et contrôle l'exhaustivité des informations comme suit :
 - Les nouvelles inscriptions dans l'annuaire sont comparées au nombre de postes ouverts et pourvus dans la spécialité suite à l'ECN chaque année pour s'assurer de l'exhaustivité.
 - Les informations saisies dans l'annuaire de l'année X sont comparées à celles de l'annuaire de l'année X-1. Le référent de subdivision peut-être contacté le cas échéant pour corriger les incohérences et pour connaître le devenir des internes absents de l'annuaire d'une année sur l'autre.

- L'annuaire du CLISP est dispensé d'une déclaration CNIL (43). Ce volet de l'enquête l'est du fait de l'absence de traitement d'informations nominatives.

Critères d'inclusion : L'enquête a été proposée à tous les internes en médecine inscrits en DES de Santé Publique et médecine sociale dans l'année universitaire 2008 – 2009, y compris les internes en stage hors filière dans d'autres spécialités médicales et les internes en disponibilité quelle que soit sa raison. Pour l'analyse de l'exhaustivité, les internes en disponibilité ont été considérés comme inscrits dans le semestre suivant le dernier validé avant la disponibilité.

Critères de non-inclusion : L'enquête n'a pas été proposée aux internes en médecine inscrits dans d'autres DES et effectuant un stage hors filière en Santé Publique au moment de l'enquête.

2.3 Questionnaires

Le questionnaire « offre de formation » n'est pas anonyme. En contactant le référent associatif de la subdivision d'internat on fait l'hypothèse que le questionnaire est rempli au nom d'un représentant des internes et non de façon personnelle. Ce questionnaire comporte uniquement des questions objectives sur l'offre de formation dans chaque subdivision de l'internat de santé publique (Annexe 5), divisées en x sections comme suit :

- Accueil et orientation formative et professionnelle des internes ;
- Conditions et modalités de validation du DES SP ;
- Description de la formation théorique spécifique au DES SP ;
 - Les thèmes de formation ont été définis à partir de la maquette du DES SP pour comparer l'offre et les exigences de la maquette
- Description de la formation pratique proposée dans le cadre du DES SP.

Il a été testé par un référent pour l'identification des incohérences et mesure du temps nécessaire pour le remplissage, estimé à 2h.

Le questionnaire « satisfaction des internes » comporte cinq sections (Annexe 6) :

- Données démographiques générales ;
- Satisfaction globale avec la formation DES ;
- Appréciation des internes concernant leur formation théorique pendant le DES ;
- Appréciation des internes concernant leur formation pratique après le DES ;

- « Tribune libre » pour compléments d'appréciations, suggestions sur des modifications à opérer dans la structure du DES.

Ce questionnaire a été testé par trois internes pour correction des incohérences et calcul du temps de remplissage, estimé à 45 minutes. Du fait du caractère anonyme de ce deuxième volet, il n'y a pas de clef primaire permettant de relier la base de données des invitations envoyées à celle des réponses. De ce fait, nous ne sommes pas en mesure de vérifier la cohérence entre les informations relatives à l'ancienneté dans la les deux fichiers ; les réponses peuvent différer.

Les questionnaires ont été élaborés en plusieurs temps et discutés de façon répétée en réunion du bureau du CLISP avant approbation en réunion du Collège de l'association en décembre 2008. Des contributions sont aussi venues de la part de l'association italienne partenaire de l'enquête pour harmoniser les questions sélectionnées.

2.4 Recueil des données

Le logiciel Limesurvey® 1.72¹⁵ a été installé sur le serveur du CLISP afin de créer les masques de saisie, gérer l'envoi des invitations par courriel et permettre la saisie via Internet des questionnaires. Le recueil de données s'est étendu sur 3 mois et demi, de début février à fin avril 2009, avec trois relances par courriel à trois semaines d'intervalle. Les relances ont été gérées de façon automatisée par le logiciel Limesurvey® pour tous les questionnaires anonymes non complétés. Le recueil a été interrompu deux semaines après la dernière relance pour le volet « satisfaction des internes ». Pour les questionnaires du volet « offre de formation », des relances par téléphone ont été faites en sus des relances par courriel jusqu'à l'obtention de l'exhaustivité.

Les invitations à participer au volet « offre de formation » qui ont été envoyées aux référents du CLISP comportaient un descriptif succinct des objectifs de l'enquête et un lien vers un masque de saisie pour chaque subdivision, hébergé dans le serveur du CLISP. Les invitations pour le volet « satisfaction des internes » ont utilisé les mêmes modalités. Des liens sur la page d'accueil du questionnaire permettaient d'accéder à la maquette actuelle du DES ainsi qu'au protocole de l'enquête.

Des procédures de contrôle de saisie ont été spécifiées lors de la création des masques pour limiter les erreurs. Pour les variables catégorielles, chaque champ comportait un nombre limité de valeurs possibles. Des non-réponses étaient acceptées.

¹⁵ <http://www.limesurvey.org/>

Un contrôle manuel des réponses saisies a été effectué à la fin de la période de recueil pour identifier les incohérences non relevées au moment de la conception du questionnaire et des masques. Elles ont été considérées comme des données manquantes lors des analyses.

2.5 Analyses des résultats

Les analyses statistiques de la distribution des variables quantitatives et qualitatives ont été conduites avec le logiciel SAS version 9.2¹⁶.

L'exhaustivité de la participation a été calculée à partir du fichier des invitations, auquel le logiciel ajoutait de façon automatique une variable binaire correspondant au fait d'avoir ou non complété le questionnaire. De ce fait, seules les informations « obligatoires » de l'annuaire du CLISP sont disponibles pour décrire les non-répondants : sexe, subdivision / inter région d'internat¹⁷, ancienneté dans le DES (en semestres).

Pour les questionnaires complétés, les données manquantes ont été exclues question par question, sans entraîner en aucun cas l'exclusion du questionnaire dans sa globalité. L'effectif des répondants peut de ce fait varier d'une question à l'autre. Sauf mention contraire, toutes les proportions sont calculées à partir de l'effectif total de répondants pour les variables catégorielles à choix unique ou multiple.

Les variables quantitatives ont été décrites selon les valeurs minimum, maximum et la médiane.

Les réponses aux questions ouvertes ont été regroupées par thèmes, de façon à créer des catégories de réponses. La fréquence de ces « thèmes » est utilisée dans la présentation des réponses. Le calcul des proportions les concernant a été fait avec le nombre de réponses non manquantes au dénominateur parce que la réponse à ces items était facultative.

Les résultats ont été agrégés à l'échelon national pour les deux volets de l'enquête. Pour le volet « offre de formation », certaines réponses ont fait l'objet d'une stratification par inter région administrative (en métropole uniquement) pour permettre des comparaisons simples de fréquence de réponse sans faire appel à des tests statistiques. Le découpage administratif utilisé pour la stratification est en vigueur depuis 2004 (46). Il définit 8 inter régions pour l'internat en médecine :

¹⁶ Sas Institut Inc, Cary, NC, USA.

¹⁷ Administrativement (44), une inter région d'internat est une circonscription géographique comprenant au moins trois centres hospitaliers universitaires qui sert de base à l'organisation du 3^e cycle des études médicales. Le législateur considère l'inter région Île-de-France et les Départements d'Outre Mer (DOM) antillais comme une inter région et une subdivision chacun. En l'absence de CHU, les DOM de la Réunion, sont rattachés à celui de Bordeaux.

- Antilles et Guyane : le CHU d'Antilles-Guyane ;
- Île-de-France : tous les CHU de Paris ;
- Nord-Est : les CHU de Besançon, Dijon, Nancy, Reims et Strasbourg ;
- Nord-Ouest : les CHU de Amiens, Caen, Lille et Rouen ;
- Ouest : les CHU de Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes et Tours
- Rhône-Alpes-Auvergne : les CHU de Clermont-Ferrand, Grenoble, Lyon et Saint-Étienne ;
- Sud : les CHU de Nice, Marseille et Montpellier-Nîmes
- Sud-Ouest : les CHU de Bordeaux, Limoges et Toulouse

Une analyse par subdivision a également été conduite, les résultats individuels pour des variables sélectionnées sont consultables en Annexe 7. Les subdivisions seront également citées dans la présentation des résultats.

La formation théorique spécifique au DES SP a été comparée aux exigences de la maquette pour ce qui concerne les thèmes et le volume horaire dans la discussion. Du fait d'une absence de critères qualitatifs permettant la même analyse de l'offre de formation pratique, celle-ci a été présentée et discutée par rapport à sa diversité et sa lisibilité. Pour ce qui concerne la diversité, nous avons utilisé un regroupement en six « pôles d'activité » qui correspondent à des domaines d'exercice du médecin spécialiste antérieurement identifiés par les ISP (47).

Pour le volet « satisfaction des internes », les résultats sont présentés à l'échelon national et éventuellement stratifiés par inter région ou par ancienneté dans le DES (1^{ère} et 2^{ème} années versus 3^{ème} et 4^{ème} années). Pour garantir l'anonymat, aucune stratification par subdivision d'internat n'est présentée et les réponses des internes Océan Indien et Antilles Guyane ont été regroupées avec celles de l'inter région Sud Ouest, à laquelle ces internes sont rattachés pour une partie de leur formation.

3 Résultats

3.1 Premier volet : L'offre de formation dans le cadre du DES de Santé Publique et médecine sociale en France

Le questionnaire du volet « offre de formation » a été complété par tous les référents de subdivision sollicités (n = 26). L'exhaustivité des réponses aux questions est bonne : le nombre de réponses manquantes à chaque item se limite en général à 1 ou 2 par question, seules 3 questions comportent plus de 4 non-réponses¹⁸.

3.1.1 Accueil et information des internes

En 2008-2009, 15 subdivisions (57,7%) organisaient une journée d'accueil annuelle spécifique à la spécialité pour les nouveaux ISP. L'absence d'un dispositif d'accueil est constatée dans cinq des six subdivisions de l'inter région Ouest (Angers, Brest, Poitiers, Rennes et Tours), deux subdivisions des inter régions Sud (Marseille et Nice) et Nord-Ouest (Amiens et Caen) et une subdivision de l'inte région Rhône-Alpes-Auvergne (Clermont-Ferrand).

L'initiative est récente, la première année d'organisation étant en médiane 2006 (étendue : 1997 – 2007). Dans la moitié des cas, ces journées étaient organisées par les associations locales d'ISP ou un groupe d'ISP en poste. Dans 6 subdivisions, elle était organisée par le corps d'enseignants de Santé Publique, dont le coordonnateur de DES. Ces journées d'accueil semblent conçues comme un moment d'échanges et d'information autour du DES et de la spécialité. Leur contenu est présenté dans le tableau 1.

¹⁸ (i)Thèse: est-il indispensable de l'avoir soutenue avant la séance de validation [de DES]? (n = 6)

(ii)Avez-vous la possibilité de vous inscrire à ces formations [hors DES proposées dans votre subdivision] gratuitement ou à un tarif préférentiel ? (n = 5)

(iii)Est-il facile pour un interne de faire un stage à l'étranger ? (n = 10)

Tableau 1. Contenu de la journée d'accueil des nouveaux internes de Santé Publique et Médecine Sociale dans les 15 subdivisions d'internat proposant un accueil spécifique pour les nouveaux internes de la spécialité. (Enquête « DES de Santé Publique », volet « Offre de formation ». CLISP, 2008-2009).

Activités	Effectif (%)
	n = 15
Repas/pot entre internes et enseignants	12 (80,0%)
Présentation des débouchés	6 (40,0%)
Présentation des stages	5 (33,3%)
Présentation des enseignements	4 (26,7%)
Présentation de la maquette	4 (26,7%)

Indépendamment de la réalisation d'une journée d'accueil, la présentation de la maquette du DES SP aux internes en début de cursus ne concernait que 11 subdivisions d'internat (42,3%), dont l'Île-de-France et toutes les subdivisions de l'inter région Nord-Est (n = 5), deux des subdivisions en inter région Ouest, une seule subdivision pour les inter régions Nord-Ouest, Rhône-Alpes-Auvergne et Sud-Ouest et aucune subdivision pour l'inter région Sud.

Les dispositifs d'orientation professionnelle ou académique étaient rares : seules 3 subdivisions en comptaient. Dans un cas, il s'agissait d'un tutorat par un interne plus avancé (Île-de-France), pour les autres, il s'agissait de réunions pluriannuelles avec le coordonnateur et/ou l'équipe d'enseignants de la discipline (Besançon, Nantes).

3.1.2 Formation théorique

Le contenu de la formation théorique spécifique au DES SP a été reporté par les référents pour l'ensemble des subdivisions d'internat. Il est récapitulé dans le tableau 2.

Tableau 2. Thèmes traités dans les formations théoriques organisées dans les subdivisions et dans les inter régions d'internat dans le cadre du DES de Santé Publique et Médecine Sociale. (Enquête « DES de Santé Publique », volet « Offre de formation ». CLISP, 2008-2009).

Thème traité	Nombre de subdivisions (France et inter régions d'internat)							
	France	IDF*	NE†	NO‡	O§	RAA	S¶	SO**
	<i>n</i> = 26 (%)	<i>n</i> = 1	<i>n</i> = 5	<i>n</i> = 4	<i>n</i> = 6	<i>n</i> = 4	<i>n</i> = 3	<i>n</i> = 3
Épidémiologie	15 (57,7)	1	1	4	3	4	1	1
Évaluation en santé	13 (50,0)	1	0	3	4	4	0	1
Communication scientifique	12 (46,2)	1	0	2	4	3	1	1
Planification des actions de santé	12 (46,2)	1	0	4	3	3	0	1
Prévention et promotion de la santé	12 (46,2)	1	0	4	4	2	0	1
Économie de la santé	11 (42,3)	1	1	4	3	1	0	1
Gestion des organisations de santé	11 (42,3)	1	0	2	4	3	0	1
Hygiène hospitalière	11 (42,3)	0	0	3	4	3	0	1
Organisation du système de santé	11 (42,3)	1	0	4	3	1	1	1
Biostatistiques	10 (38,5)	1	0	0	3	4	1	1
Environnement et santé	10 (38,5)	1	0	3	2	3	0	1
Informatique médicale	10 (38,5)	1	0	3	1	4	0	1
Droit de la santé	8 (30,8)	1	0	4	3	0	0	0
Utilisation d'outils informatiques	8 (30,8)	1	1	3	2	0	0	1
Socio/anthropologie	6 (23,1)	1	0	2	1	1	0	1

* : Île-de-France

† : Nord-Est

‡ : Nord-Ouest

§ : Ouest

|| : Rhône – Alpes - Auvergne

¶ : Sud

** : Sud-Ouest

De fait, des formations théoriques spécifiques au DES SP étaient absentes dans trois subdivisions de la région Nord-Est (Besançon, Nancy, Reims), deux subdivisions des inter régions Sud-Ouest (Bordeaux, Limoges) et Ouest (Brest, Rennes) et une subdivision de la région Sud (Marseille).

Ainsi, la description de l'offre de formation théorique spécifique au DES SP qui est faite ci-dessous ne concerne que les 18 des subdivisions d'internat (69,2%) qui en proposaient en 2008-2009. La présence aux formations était obligatoire dans 7 cas (38,8%), mais cette information manquait pour 3 subdivisions (16,7%).

L'offre se décomposait en cours réalisés dans les subdivisions et séminaires inter régionaux. Les subdivisions de Caen (inter région Nord-Ouest), Strasbourg (inter région Nord-Est) et Toulouse (inter région Sud-Ouest) proposaient uniquement des formations dans la subdivision. Nous avons considéré que c'était également le cas de Paris, qui est la seule subdivision d'internat de l'inter région Île-de-France. Dans 4 autres subdivisions d'internat (Montpellier, Nice, Saint-Étienne, Tours), l'offre de formation théorique spécifique au DES se restreignait aux séminaires inter régionaux. Seules 10 subdivisions (55,5%) proposaient les deux types de formation.

Au total, 14 subdivisions distribuées dans 6 des 7 inter régions d'internat métropolitaines hors Île-de-France organisaient des séminaires inter régionaux l'année de notre enquête. L'inter région Sud-Ouest est la seule à ne pas en organiser, mais d'après nos résultats ces séminaires ne concernaient pas systématiquement toutes les villes de chaque inter région. Les séminaires avaient lieu une ou deux fois par an dans les inter régions Nord-Est, Ouest et Sud et quatre fois par an dans les régions Nord-Ouest et Rhône-Alpes-Auvergne.

Les formations théoriques organisées dans les subdivisions concernaient également 14 subdivisions l'année de notre enquête. Leur fréquence était supérieure à 8 demi-journées par an dans 9 (64,3%) subdivisions, ci-après regroupées par inter région : Paris (Île-de-France), Lille (Nord-Ouest), Amiens, Rouen (Nord-Ouest), Nantes, Poitiers (Ouest), Grenoble, Lyon (Rhône-Alpes-Auvergne) et Toulouse (Sud-Ouest). Dans les subdivisions de Angers, Caen, Clermont-Ferrand et Dijon, la fréquence des formations théoriques dans les subdivisions était inférieure à 8 demi-journées par an. L'information manque pour Strasbourg.

Les formations organisées dans les subdivisions étaient en général proposées par les enseignants (n = 5) ou bien organisées par ceux-ci à la demande des internes (n = 3). Les ISP pouvaient également en avoir seuls l'initiative (n = 3); l'information manque pour 3 subdivisions. Les thèmes traités n'étaient pas fixes : les internes avaient la possibilité d'en proposer dans 12 subdivisions (85,7%). Les types de cours dispensés pour ces formations sont récapitulés dans le tableau 3.

Tableau 3. Type de cours dispensés dans les subdivisions d'internat pour le DES de Santé Publique et Médecine Sociale. (Enquête « DES de Santé Publique », volet « Offre de formation ». CLISP, 2008-2009).

Type de cours dispensé	Nombre de subdivisions (%)
	n = 14
Séance de bibliographie / lecture critique d'articles scientifiques	10 (71,4)
Cours magistraux	7 (50,0)
Présentation entre internes	4 (28,6)
TDs : informatique, méthodologie de la recherche en santé	3 (21,4)

Quelle que soit l'offre de formation spécifique au DES, l'inscription à des formations complémentaires était fortement recommandée par le coordonnateur de DES dans 24 subdivisions d'internat (92,3%). Les formations de 3^e cycle étaient les plus fréquemment recommandées, spécialement en Santé Publique : master 2 dans 20 subdivisions (83,3%), master 1 dans 15 (62,5%). Des Diplôme d'Université (DU) ou des Diplômes Inter Universitaires (DIU) étaient également recommandés dans 8 cas (33,3%).

Des formations complémentaires en Santé Publique sont proposées dans 23 des subdivisions d'internat (88,5%). Seules 9 en proposaient l'accès gratuit ou à un tarif réduit aux ISP : l'Île-de-France ; deux subdivisions dans les inter régions Nord-Est (Besançon et Strasbourg), Nord-Ouest (Amiens et Rouen) et Sud-Ouest (Bordeaux et Toulouse) ; une subdivision des inter régions Rhône-Alpes-Auvergne (Lyon) et Sud (Marseille). Cette information manque néanmoins pour 5 subdivisions. Les formations accessibles aux ISP à un tarif réduit sont : des unités d'enseignement de master (n = 3), des DU/DIU (n = 5), des écoles d'été (n = 4).

3.1.3 Formation pratique

3.1.3.1 Caractérisation de l'offre

Pour répondre aux exigences de la maquette, l'offre de stages accessibles pendant le DES SP doit être diversifiée et étendue au domaine extra hospitalier ; les référents CLISP de Nice et Limoges ont néanmoins déclaré que les ISP n'ont pas accès à ce type de stage dans la subdivision (la réponse manque pour Dijon).

La possibilité de faire accréditer et ouvrir des nouveaux stages pourrait être une piste tant pour améliorer l'offre de stages extra hospitaliers que pour permettre la réalisation de projets

professionnels personnels : dans 17 des subdivisions d'internat (64,5% ; étendue : 33,3% - 100% en fonction des inter régions), les référents ont déclaré qu'il était facile pour un interne de faire ouvrir un nouveau stage.

La réalisation de stages hors subdivision est également une alternative prévue. Néanmoins, seules 13 des subdivisions d'internat (50,0%) ont déclaré avoir facilement accès à des stages hors subdivision, et ce, à l'exclusion des contraintes administratives exigibles par la réglementation. Cet accès apparaissait particulièrement difficile dans l'inter région Nord-Est, dans laquelle tous les 5 référents ont déclaré que l'accès aux stages hors subdivisions n'était pas facilité. C'est également le cas pour la moitié des subdivisions des inter régions Rhône-Alpes-Auvergne et Nord-Ouest. Pour les 4 autres inter régions, l'accès aux stages hors subdivision apparaît le plus souvent facilité. Finalement, seules 4 subdivisions (Lyon, Montpellier, Nantes, Paris) facilitaient le départ des ISP pour des stages à l'étranger. Ceci pouvait inclure l'accréditation permanente de stages proposant le départ à l'étranger.

3.1.3.2 La formation pratique dans la subdivision d'origine : déroulement et offre

Peu d'informations concernant l'offre existante étaient accessibles aux ISP en 2008-2009 : dans la moitié des subdivisions, aucune présentation des stages (structure d'accueil, projets en cours, projets accessibles à l'interne) n'était faite avant le choix. Dans les 13 villes où une présentation existait, elle était en général faite par les internes ayant fait le stage (n = 7) ou consistait en la mise à disposition d'informations fournies par les autres internes et/ou les responsables de stage sur le site internet de l'association d'internes (n = 2). Seules 3 subdivisions (Caen, Grenoble et Bordeaux) déclaraient avoir une présentation des stages par les responsables de la structure d'accueil ; dans une subdivision elle était faite par le coordonnateur de DES (Grenoble).

Le rôle de l'interne dans chaque stage et les compétences qu'il doit acquérir dans le semestre n'étaient en général pas formalisés : la définition claire d'objectifs de stage en début de semestre n'avait lieu que dans 9 subdivisions d'internat et il n'en restait une trace écrite qu'à Caen, Paris, Poitiers et Rouen.

La validation formelle des stages effectués était en général faite uniquement à l'aide de la fiche de validation fournie par la faculté de médecine : seul Poitiers exigeait un rapport de stage écrit comme critère de validation. Seul Caen disposait d'une fiche de validation adaptée à un stage de Santé Publique.

Les stages agréés en 2008-2009 ont été regroupés en domaines d'activité ci-après dénommés « pôles » et présentés dans la Figure 1.

		Pôle gestion de la qualité, de la sécurité des soins et de l'information médicale	Pôle biostatistiques, épidémiologie et recherche clinique	Pôle administration de la santé	Pôle économie et évaluation en santé	Pôle industrie et conseil	Pôle prévention et santé des populations	Nombre de pôles par ville	Nombre de pôles par inter région
IDF	Paris							6	6
Nord Est	Besançon							3	6
	Dijon							1	
	Nancy							2	
	Reims							4	
	Strasbourg							4	
Nord Ouest	Amiens							2	4
	Caen							3	
	Lille							4	
	Rouen							3	
Ouest	Angers							4	5
	Brest							3	
	Nantes							4	
	Poitiers							4	
	Rennes							3	
	Tours							4	
Rhone-Alpes-Auvergne	Clermont Ferrand							2	5
	Grenoble							3	
	Lyon							5	
	St Etienne							2	
Sud	Marseille							5	5
	Montpellier							4	
	Nice							2	
Sud Ouest	Bordeaux							4	5
	Limoges							3	
	Toulouse							4	
Nombre de villes ayant au moins 2 stages dans le pôle	n = 26	26	23	19	2	3	16		
Nombre d'inter régions ayant au moins 2 stages dans le pôle	n = 7	7	7	7	5	3	7		

Figure 1. Offre de stages agréés pour le DES de Santé publique et médecine sociale en France.

Figure représentant l'offre de stages agréés pour le DES de Santé publique et médecine sociale en 2008-2009 en France, classée en 6 domaines d'exercice, par ville et par inter région. Les codes couleur font référence à l'offre par ville uniquement. Ont été signalés en rouge les pôles pour lesquels aucun stage n'a été répertorié, en jaune les pôles dans lesquels un seul stage a été répertorié et en vert les pôles dans lesquels au moins deux stages ont été répertoriés. Le nombre de stages par pôle dans chaque inter région a été calculé en additionnant le nombre de stages disponibles dans chaque ville d'une inter région. (Source : Enquête "DES de santé publique", volet "Offre de formation".CLISP, 2008-2009).

Finalement, les ISP étaient amenés à assurer le tour de gardes dans leurs CHU de rattachement dans certaines subdivisions, l'obligation d'assurer la permanence des soins étant inscrite dans le décret régissant le 3^e cycle des études médicales. Dans la pratique, ceci ne se vérifiait en 2008-2009 que dans 10 subdivisions (38,5%). Cette obligation s'arrêtait en médiane après le 2^e semestre de DES (étendue : 1^e – 4^{ème} semestre).

3.1.4 Validation du DES

La soutenance de la thèse d'exercice (thèse d'État) préalablement à la validation formelle du DES n'était pas une condition nécessaire : seules 5 subdivisions d'internat l'exigeraient, mais la réponse manque pour 6 subdivisions.

L'écriture d'un mémoire de DES était demandée dans 15 des subdivisions d'internat (57,7%), distribuées de façon hétérogène dans les inter régions. Ce mémoire pouvait porter sur les titres obtenus et travaux réalisés par l'interne pendant sa spécialisation (n = 13) et/ou sur un projet de recherche (n = 7) auquel pouvait éventuellement se substituer un mémoire de M2.

La validation du DES SP se faisait lors d'une séance formelle de validation pour 20 subdivisions d'internat (76,9%). Cette séance était la plupart du temps commune avec d'autres subdivisions de l'inter région (n = 18). N'organisaient pas ces séances formelles de validation : une subdivision des inter régions Nord-Est (Dijon), Rhône-Alpes-Auvergne (Clermont-Ferrand) et Sud (Nice) et deux subdivisions de l'inter région Nord-Ouest (Caen et Rouen). L'information manque pour Strasbourg. Le DES était validé en fonction du parcours professionnel et des titres obtenus par les postulants : stages réalisés et perspectives professionnelles (n = 18), activités/projets de recherche réalisés (n = 18), formations théoriques validées (n = 16) et activités d'enseignement (n = 15). Ce parcours était en général jugé par rapport à la maquette du DES, sans que ceci ne fût systématique : dans 5 subdivisions de l'internat (Bordeaux, Grenoble, Lille, Tours, Saint-Étienne et Strasbourg), le respect de la maquette n'était pas une condition nécessaire pour valider son parcours.

3.2 Deuxième volet : La satisfaction, les parcours et les souhaits des internes de Santé Publique en France

Les informations transmises par les référents du CLISP permettent de décompter 255 internes de santé publique en 2008-2009. Ces internes étaient pour la majorité des femmes (n = 153, soit 60,0%). La moitié d'entre eux (50,2%) était en première moitié d'internat, en accord avec la stabilité du nombre de places offertes à l'issue des ECN ces dernières années. Leur répartition dans les inter régions est décrite ci-dessous. Le nombre décompté inclut les internes en

disponibilité et les internes de la spécialité en stage hors filière, mais pas les internes d'autres spécialités effectuant un stage en Santé Publique.

Nous avons pu valider l'adresse courriel et envoyer une invitation à 245 internes (98,0%) et avons obtenu 173 questionnaires (70,6%) complétés à la fin de la période de recueil. La proportion de répondants par inter région et selon leur progression dans l'internat est donnée dans le Tableau 4.

Tableau 4. Exhaustivité de l'enquête par inter région d'internat. (Enquête « DES de Santé Publique », volet « Satisfaction des internes ». CLISP, 2008-2009).

Inter région	Effectif total	Internes invités	Participants		
	<i>D'après l'annuaire du CLISP</i>	<i>Effectif (% France)</i>	<i>Total dans l'IR (% des invités)</i>	<i>1^{ère}/2^{ème} années (% des invités)</i>	<i>3^{ème}/4^{ème} années (% des invités)</i>
Île-de-France	70 (27,5)	62 (25,3)	43 (69,4)	18 (62,1)	25 (75,8)
Nord-Est	35 (13,7)	35 (14,3)	26 (74,3)	11 (50,0)	15 (100)
Nord-Ouest	34 (13,3)	34 (13,9)	27 (79,4)	11 (61,1)	16 (100)
Ouest	33 (12,9)	33 (13,5)	26 (78,8)	14 (77,8)	12 (80,0)
Rhône-Alpes-Auvergne	29 (11,4)	28 (11,4)	18 (64,3)	7 (53,8)	11 (73,3)
Sud	14 (5,5)	14 (5,7)	12 (85,7)	7 (100)	5 (71,4)
Sud-Ouest	40 (15,7)	39 (15,9)	21 (53,9)	8 (44,4)	13 (61,9)
Total France	255 (100)	245 (98,0)	173 (70,6)	76 (61,8)	97 (79,5)

Les répondants étaient plus fréquemment des femmes (n = 112 ; 64,7%) et avaient un âge médian de 28 ans (étendue : 23-45). Les internes en deuxième moitié de DES étaient plus souvent représentés (n = 97 - 56,1%) ; la médiane pour le semestre en cours est au 5^e semestre d'internat (étendue : 1^e – 8^e semestre). Dix-sept internes (9,8%) étaient passés par une autre spécialité avant de se décider pour la santé publique : la médecine générale est la spécialité la plus fréquemment citée (n = 7), suivie des spécialités médicales (n = 4). La raison la plus fréquemment évoquée pour expliquer le choix de la santé publique comme spécialité est l'intérêt pour la discipline ou un de ses domaines, suivi du souhait de ne pas avoir une pratique clinique. Ceci est présenté en détail dans le Tableau 5.

Tableau 5. Raisons évoquées par les ISP pour expliquer le choix de la santé publique à l'issue du concours de l'internat. (Enquête « DES de Santé Publique », volet « Satisfaction des internes ». CLISP, 2008-2009).

Raison du choix de la santé publique	Effectif	%
	n = 173	
Intérêt pour la spécialité ou un de ses domaines, dont :	137	79,2
- Épidémiologie	53	30,6
- Recherche clinique/biostatistiques	25	4,5
- Politiques de santé	41	23,7
- Sciences humaines (dont économie de la santé)	15	8,7
- Santé Publique hospitalière	14	8,1
- Faire un des DESC accessibles dans la spécialité	4	2,3
Ne pouvais pas avoir sa spécialité de choix	32	18,5
Ne pouvais pas avoir sa ville de choix	17	9,8
Ne souhaitait pas continuer la pratique clinique	73	42,0
Autres : <i>Multidisciplinarité, qualité de vie</i>	4	2,3

Les seules informations disponibles pour les non-répondants nous montrent que ceux-ci étaient plus fréquemment des hommes (n = 37 ; 51,4%) et que 58,3% étaient dans la première moitié de l'internat (semestre médian : 3^e ; étendue : 1^e – 8^{ème}).

3.2.1 Satisfaction avec la spécialité et avec l'offre de formation existante

La grande majorité des répondants s'est déclarée satisfaite de son choix de spécialité : ils sont 162 ISP (93,6%). La satisfaction globale avec l'internat est également élevée : 138 internes (79,8%) se déclaraient ainsi. Relativement peu d'internes disaient avoir pensé à changer de spécialité (« droit au remords » prévu dans la réglementation du 3^e cycle de médecine) : 28 (16,2%), dont 8 (28,6%) déclaraient ne pas encore avoir arrêté leur choix au moment de l'enquête. Cette proportion ne variait pas en fonction de la progression dans l'internat.

Ainsi, 134 internes (77,5%) conseilleraient la spécialité à un externe ; seuls 10 internes (5,8%) ne le feraient pas. Les raisons évoquées étaient (réponses multiples possibles) : la diversité et la souplesse de l'exercice (n = 55), l'intérêt de la spécialité (n = 36), de bonnes perspectives professionnelles (n = 27), la qualité de vie professionnelle (n = 25) et la diversité et la souplesse

de la formation (n = 23). Les 10 internes qui ne conseilleraient pas la spécialité évoquent : l'absence de pratique clinique (n = 4), un mauvais encadrement (n = 3) et la dévalorisation aux yeux des autres médecins (n = 2).

Le niveau de satisfaction observé pourrait être en grande partie dû à la formation pratique reçue : 87,9% des ISP jugeaient que l'ensemble des stages qu'ils jusqu'alors effectué avait été « plutôt utile » (n = 78) ou « très utile » (n = 74) pour leur formation (84,2% en première moitié d'internat et 90,7% en deuxième moitié). Les proportions sont élevées dans toutes les inter régions (étendue : 80,8% en Nord-Est à 96,3% en Nord-Ouest).

Une appréciation un peu plus détaillée a été demandée pour le stage actuel. Comme pour la satisfaction globale, l'appréciation était plutôt favorable pour tous les critères, avec des valeurs plus élevées pour les internes en deuxième moitié de DES. Les niveaux de satisfaction varient de façon plus marquée entre les inter régions, mais restent globalement élevés.

Ainsi, 77,5% des ISP (72,4% en 1^{ère} moitié de DES et 81,4% en 2^e moitié) estimaient que l'encadrement par le responsable du stage était « plutôt bien » (n = 93) ou « très bien » (n = 41). Dans les inter régions, ces valeurs allaient de 69,8% en Île-de-France à 81% en inter région Sud-Ouest. Au niveau national, 39 internes (22,5%) estimaient l'encadrement « plutôt mauvais » ou « très mauvais ».

La responsabilisation était jugée « plutôt correcte » par 78,6% des internes (n = 136 – 75,0% en 1^{ère} moitié de DES et 81,44% en 2^e moitié). Dans les inter régions, ces valeurs s'étendaient de 66,7% en Nord-Ouest à 100% en Sud. Au niveau national 34 internes (19,7%) jugeaient la responsabilisation insuffisante ou absente et 3 internes (1,7%) la jugeaient excessive. Par ailleurs, 91,3% des internes considèrent que la charge horaire des les stages était « plutôt correcte » (n = 158).

La situation n'était pas similaire pour la formation théorique. Si 163 ISP (94,2%) l'estimaient importante pour la formation globale du médecin spécialiste de santé publique, seuls 46 (26,6%) en étaient satisfaits (à l'exclusion des formations suivies en dehors du DES SP). Cette proportion est la même quelle que soit la progression dans l'internat, mais change de façon importante en fonction des inter régions. Ainsi, aucun interne ne se déclarait satisfait dans les inter régions Nord-Est et Sud. Ils étaient 11,5% en inter région Ouest, 33,3% en inter région Sud-Ouest et Rhône-Alpes-Auvergne, 37,23% en Île-de-France et 51,9% en inter région Nord-Ouest.

Ceci s'explique tout d'abord par un défaut d'offre : les deux valeurs les plus élevées ci-dessus correspondent à des inter régions dont toutes les subdivisions proposent des formations théoriques spécifiques au DES SP. Par ailleurs, 42,2% des répondants (n = 73) déclaraient

n'avoir aucun cours de DES. L'offre réelle de chaque subdivision est consultable en Annexe 7. La deuxième raison est un jugement de valeur : 34% des ISP ayant des formations spécifiques au DES SP estiment que leur qualité est « plutôt mauvaise ».

Dans une autre question, ouverte, il était demandé aux ISP de justifier leur niveau de satisfaction avec le DES. Dix internes n'ont pas répondu. Pour les autres, les raisons évoquées par les répondants sont récapitulées dans le Tableau 6.

Tableau 6. Raisons évoquées par les ISP pour expliquer leur niveau de satisfaction par rapport à la formation théorique reçue dans le cadre du DES de santé publique. (*Enquête « DES de Santé Publique », volet « Satisfaction des internes ». CLISP, 2008-2009*).

Insatisfaits (n = 117)		Satisfaits (n = 46)	
Raison	Effectif n = 106	Raison	Effectif n = 27
Contenu non adapté au DES (non-médicalisation, approfondissement)	16	Contenu varié	14
Volume horaire insuffisant	34	Liberté d'organisation	7
Peu d'investissement des enseignants (formations organisées à l'initiative des internes)	8	Mais : Amélioration de la qualité souhaitable	5
Trop contraignante (trop de cours)	3		
Aucun cours de DES	45		

3.2.2 Le parcours de internes de Santé Publique

La grande majorité des ISP avait connaissance de la maquette du DES de la spécialité : ils étaient 159 parmi les répondants (91,9%), mais seuls 75 (43,4%) disaient en avoir eu connaissance par le coordonnateur du DES.

Pour ce qui concerne l'organisation générale de la formation, 101 ISP (58,4%) ont déclaré avoir orienté leur cursus dans un des domaines de la spécialité. En général, cette orientation n'était pas prise dès le début de la formation. Seuls 31 des internes ayant déclaré avoir orienté leur parcours étaient en 1^{ère} moitié d'internat. La « nécessité » de choisir une orientation était fréquemment ressentie, même parmi les internes n'ayant pas choisi de le faire (n = 55) : 20 d'entre eux (45,5%) disaient ne pas l'avoir fait parce qu'ils sont encore en début de parcours ; 12 autres (27,3%) étaient indécis. Seuls 8 ISP (18,2%) déclaraient souhaiter une formation généraliste et seuls 4 (9,1%) le justifiaient par le manque d'opportunités de formation dans le

domaine souhaité. Les domaines de la spécialité vers lesquels s'étaient orientés les ISP sont listés dans le Tableau 7.

Tableau 7. Domaines vers lesquels s'orientent les ISP pendant leurs DES. (Enquête « DES de Santé Publique », volet « Satisfaction des internes ». CLISP, 2008-2009).

Domaine d'orientation	Effectif (%) n = 101
Épidémiologie / Recherche clinique / Biostatistiques	47 (46,5%)
Politiques de santé	15 (14,9%)
Santé publique hospitalière	15 (14,9%)
Spécialité clinique accessible par un des DESC auxquels peuvent s'inscrire les ISP	14 (13,9%)
Sciences Humaines et Sociales (dont économie)	5 (5,0%)

3.2.2.1 Formation théorique

Une part importante des ISP a fréquenté des congrès et/ou des séminaires en 2008 : 68,2% des répondants (n = 118), avec en médiane 2 participations dans l'année (étendue : 0 - 10). Ce type de formation était investi par les ISP dès le début de leur internat : ils étaient 63,2% des internes en 1^{ère} moitié d'internat à en avoir fréquenté et 72,2% des internes en 2^e moitié de l'internat. Les types de congrès le plus souvent fréquentés étaient, par ordre de fréquence (réponses multiples possibles) : congrès thématiques¹⁹ nationaux ou internationaux (n = 54), congrès académiques²⁰ (n = 49), le congrès de l'Association des épidémiologistes de langue française (ADELF) (n = 27), les congrès organisés par les agences sanitaires nationales (n = 20), des congrès thématiques régionaux ou locaux (n = 16), les congrès organisés par les autres sociétés professionnelles²¹ (n = 13), le congrès de la Société Française de Santé Publique (n = 4).

Un peu plus de la moitié des répondants (n = 87 ; 50,3%) avait déjà fréquenté un des séminaires CUESP-CLISP et 89,7% d'entre eux (n = 78) estimaient que ces séminaires contribuaient à enrichir la formation théorique des ISP.

Notre enquête ne s'est pas intéressée aux formations théoriques complémentaires, mais nous pouvons penser que la proportion d'ISP en suivant en parallèle à leur DES était importante : 54

¹⁹ Congrès de spécialités d'organe, ceux portant sur un domaine de la santé publique ou sur une discipline apparentée, ou ceux portant sur un thème d'actualité en santé publique.

²⁰ Organisées par les facultés de médecine, les syndicats ou associations d'internes, les séminaires CUESP-CLISP, mais également par des établissements de formation non médicaux (ex. : sciences politiques Paris, ENA, CNAM)

²¹ Sociétés professionnelles âtres que l'ADELF. Ex. : Fédération hospitalière de France, Fédération d'hygiène hospitalière, Fédération de l'hospitalisation privée, etc.

répondants (31,2%) ont spontanément cité les masters 2 comme « incontournables » pour compléter la formation (dont 8 qui se disaient satisfaits de la formation reçue dans le cadre du DES, soit 14,8%).

3.2.2.2 Formation pratique

La plupart des ISP privilégiait le domaine vers lequel ils s'étaient orientés pour choisir leurs stages de DES (n = 94, soit 54,3%). Cette proportion était supérieure parmi les ISP en deuxième moitié de DES (63,9% versus 42,1% de ceux en 1^{ère} moitié de cursus). Une part relativement élevée choisissait ses stages de DES de façon à favoriser une formation généraliste (n = 50 ; 28,9%), même parmi ceux ayant déclaré avoir orienté leur internat dans un domaine particulier (n = 11 ; 10,9% de ceux ayant déclaré une orientation). Pour ceux ayant indiqué avoir « d'autres critères », quelques-uns déclaraient choisir leurs stages en fonction de leur progression dans le DES, en privilégiant des thématiques variées en début d'internat et l'approfondissement d'un domaine à la fin (n = 7 ; 4,1%). Certains évoquaient les impératifs liés à une formation complémentaire (n = 4 ; 2,3%), par exemple un mémoire de DU ou de master comme critère de choix. Peu d'internes n'avaient aucun critère explicite (n = 11 ; 6,4%) ou indiquaient un choix par défaut en fonction de leur rang de classement (n = 7 ; 4,1%). Ces proportions étaient stables entre inter régions.

Les internes déclarant avoir déjà fait des stages extra hospitaliers étaient 80,9% dans notre échantillon. Cette proportion variait en fonction de la progression dans le DES (68,4% des ISP en 1^{ère} moitié de DES et 90,72% de ceux en 2^e moitié) et de l'inter région (étendue : 58,3% dans l'inter région Sud²² à 90,7% en Île-de-France). En médiane, les internes ont effectué 2 stages extra hospitaliers, quelle que soit leur progression dans l'internat, sauf pour les inter région Nord-Ouest, où la médiane est à 3 et Sud-Ouest, où elle est à 1; le maximum est à 3 stages pour les internes en première moitié de DES et 7 stages pour les internes en deuxième moitié de DES, mais ce chiffre n'est atteint qu'en Île-de-France.

Les stages hors filière étaient peu choisis : 56 internes (32,4% ; étendue 23,1% - 44,4% en fonction de l'inter région) dans notre échantillon disaient en avoir fait ou avoir l'intention d'en faire, dont 5 (8,9%) avaient effectué ces stages dans un autre DES et changé pour la santé publique ensuite. Parmi les 51 autres :

- 22 (43,1% ; 12,7% des répondants) souhaitaient s'inscrire dans un des DESC accessibles, celui de Maladies Infectieuses pour la moitié d'entre eux ;

²² A noter que le référent d'une des subdivisions de l'inter région Sud avait déclaré que les internes de la ville n'avaient pas accès aux stages extra hospitaliers.

- 17 (33,3% ; 9,9% des répondants) pensaient que ces stages sont un complément important pour leur formation médicale ;
- 9 (17,6% ; 5,2% des répondants) souhaitent évaluer la possibilité de changer de spécialité ;
- 2 internes disaient souhaiter s'orienter vers une autre spécialité (à laquelle ils n'avaient accès suite à l'ECN) ;
- 1 interne souhaiterait combiner une pratique clinique à celle de santé publique.

La possibilité de faire ouvrir des stages pour contempler un projet professionnel personnel semble être connue et appréciée des ISP : 75 répondants (43,4%) disent avoir déjà fait ouvrir un stage ou compter le faire pendant leur parcours. Cette proportion ne varie pas en fonction de la progression dans le DES, mais varie en fonction de l'inter région (Tableau 8). Les raisons évoquées pour la démarche sont en rapport avec le projet professionnel et la diversité de l'offre telle que perçue par les internes : elle est jugée suffisante dans les inter régions où cette proportion est faible.

Tableau 8. Intention de faire ouvrir des stages à la demande de l'interne. (Enquête « DES de Santé Publique », volet « Satisfaction des internes ». CLISP, 2008-2009).

Inter région	Effectif (% dans l'inter région)
Île-de-France	12 (27,9)
Nord-Est	15 (57,7)
Nord-Ouest	15 (55,6)
Ouest	16 (33,3)
Rhône-Alpes-Auvergne	6 (33,3)
Sud-Est	5 (41,7)
Sud-Ouest	6 (28,6)

3.2.2.3 Activités des internes de santé publique dans le cadre de leurs stages

Les activités réalisées par les internes dans le cadre de leurs stages sont consultables dans le Tableau 9.

Tableau 9. Activités et productivité des internes de santé publique dans le cadre de leurs stages de DES, par ordre de fréquence. (Enquête « DES de Santé Publique », volet « Satisfaction des internes ». CLISP, 2008-2009).

Activité / type de production	Effectif (%)
Présentation orale au sein de votre équipe	149 (86,1)
Rédaction d'un document interne au service	144 (83,2)
Enquête épidémiologique ou de recherche clinique	132 (76,3)
- <i>Écriture et validation d'un protocole</i>	94 (54,3)
- <i>Recueil de données</i>	112 (64,7)
- <i>Analyse de données</i>	125 (72,3)
Gestion de bases de données (dont PMSI)	104 (60,1)
Gestion des organisations de soins (y compris DIM)	77 (44,5)
- <i>Qualité (dont EPP)</i>	58 (33,5)
- <i>Gestion des risques</i>	12 (6,9)
- <i>Évaluation économique</i>	22 (12,8)
Veille sanitaire / épidémiologie	77 (44,5)
- <i>Activités de routine (enquête autour d'un cas, plan)</i>	65 (37,6)
- <i>Expertise (enquêtes ad hoc, alertes sanitaires)</i>	40 (23,1)
Publications dans des revues à comité de relecture	74 (42,8)
Présentation de poster à un congrès	72 (41,7)
Publications autres que dans des revues à comité de relecture	61 (35,3)
Présentation orale à un congrès / séminaire	61 (35,3)
Actions de santé (promotion, éducation)	56 (32,4)
- <i>Consultations de prévention (santé du voyageur, PMI)</i>	26 (15,0)
- <i>Programmation et mise en place</i>	33 (19,1)
- <i>Évaluation</i>	30 (17,3)
Politiques de santé	45 (26,0)
- <i>Élaboration d'un rapport technique</i>	21 (12,1)
- <i>Mise un place d'un plan de santé publique, implantation d'une loi</i>	9 (5,2)
- <i>Contrôle de l'activité des organisations sanitaires</i>	19 (11,0)
- <i>Évaluation</i>	21 (12,1)
Autres (cités librement)	16
- <i>Enseignement</i>	7
- <i>Lecture critique d'article scientifique</i>	3
- <i>Organisation d'un séminaire</i>	3
- <i>Activité syndicale</i>	1
- <i>Analyse d'activité</i>	1
- <i>Animation d'un site web</i>	1

Une proportion élevée d’internes arrive à valoriser scientifiquement ses activités de stage, soit par une publication dans une revue à comité de lecture (42,8%) soit par une communication orale dans un congrès (41,7%). Ces valeurs varient beaucoup en fonction des inter régions : a titre d’exemple, la proportion d’internes ayant pu faire une communication à un congrès va de 34,9% en Île-de-France à 52,4% en Sud-Ouest²³. La figure 2 donne quelques exemples d’analyse de la production des internes en fonction de l’inter région.

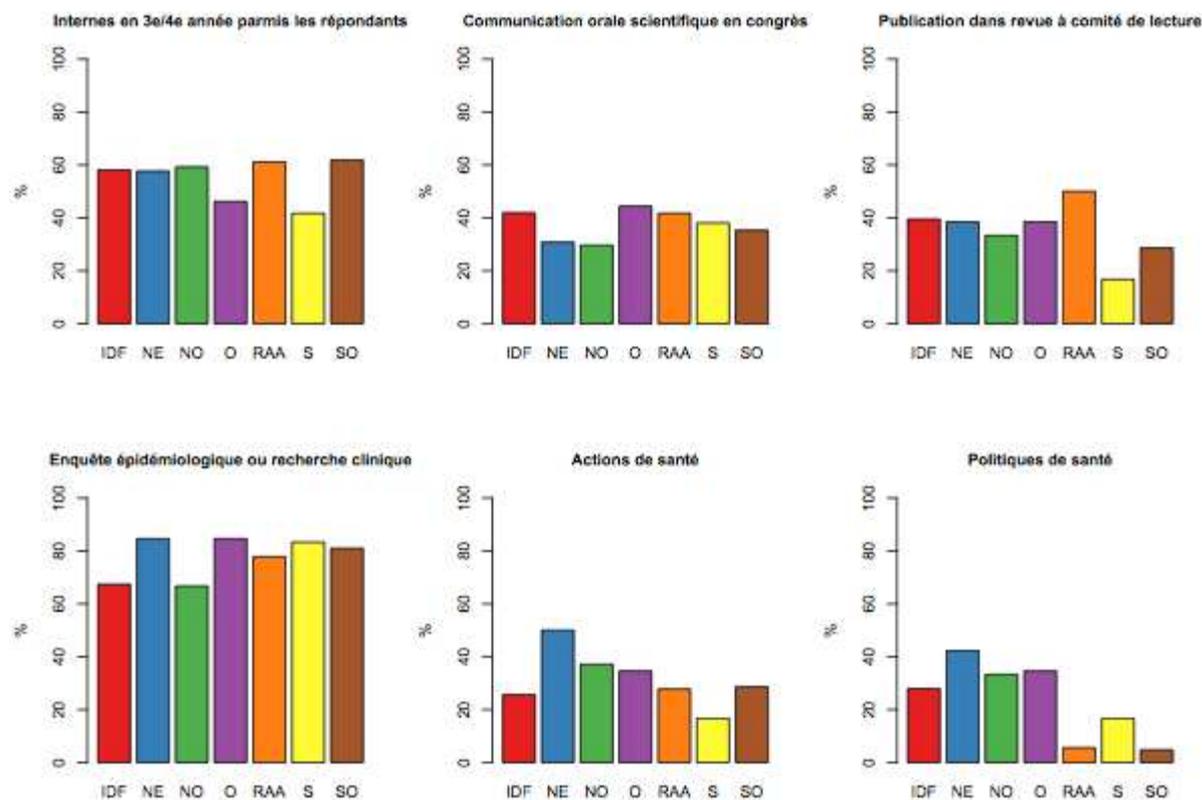


Figure 2. Activités des internes de santé publique et médecine sociale (ISP) dans le cadre de leurs stages, par inter région.

Le premier graphique indique la proportion d’internes en deuxième moitié d’internat dans notre échantillon pour chaque inter région. Il révèle une moindre représentation d’internes en 2^e moitié d’internat dans l’inter région Sud, ce qui pourrait influencer les résultats pour les activités, en particulier la publication dans des revues à comité de lecture. Les deux graphiques suivants concernent la valorisation des travaux des ISP par des publications dans chaque inter région. Finalement, les graphiques en deuxième ligne montrent que les ISP sont plus tournés vers la recherche que vers les activités « de terrain » (Actions et politiques de santé). (Source : Enquête « DES de Santé publique », volet « Satisfaction des internes » ; CLISP, 2008-2009).

²³ Le commentaire n’est pas fait pour la publication dans une revue à comité de lecture car si la variation est plus importante, la faible valeur atteinte en région Sud pourrait être liée à la moindre représentation d’internes en 2^{ème} moitié d’internat parmi les répondants de cette région dans notre échantillon.

3.2.3 Souhait des internes par rapport à leur DES

Pour ce qui concerne la formation théorique, la seule question posée concernait l'adhésion à la possibilité de rendre la participation à un certain nombre de congrès et/ou séminaires obligatoires pour pouvoir valider le DES. Les ISP se partageaient quant à cette question : 91 répondants (52,6%) y étaient défavorables.

Les questions concernant la formation pratique étaient plus détaillées. Pour ce qui concernait l'offre de stages au moment de l'enquête, les ISP ont déclaré fréquemment ressentir un manque des stages portant sur les politiques de santé (planification au niveau central ou implantation de programmes de santé ; promotion, prévention et éducation pour la santé ; évaluation), suivis des stages en secteur privé (industrie pharmaceutique et consulting). Ceci est consultable en détail dans le Tableau 10.

Tableau 10. Ressenti des internes concernant les types de stage manquant dans leur subdivision de DES. Réponses multiples possibles. (*Enquête « DES de Santé Publique », volet « Satisfaction des internes ». CLISP, 2008-2009*).

Type de stage manquant dans la ville	Effectif
Aucun	31
- dont Île-de-France	21 (67,7%)
Stages cliniques dans un des DESC accessibles aux ISP	10
Épidémiologie	18
Politiques de santé	45
Secteur privé (industrie pharmaceutique, consulting)	26
Recherche clinique / Biostatistiques	22
Santé publique hospitalière	8
Sciences humaines et sociales	11
- dont économie	7 (63,6%)

L'analyse de ces informations par inter région ou par subdivision ne recoupe pas le manque qualitatif de terrains de stage objectivé dans la Figure 1 ci-dessus. Ainsi, dans des subdivisions avec un nombre important de stages ouverts, telles Bordeaux ou Paris, les internes indiquent ressentir un manque de terrains de stage dans 5 domaines des 7 cités ci-dessus dans le premier

cas et dans tous les 7 domaines dans le second. Dans des villes avec une offre de stage moins importante, telles Nice ou Limoges, ce sont respectivement 2 et 1 domaine qui sont indiqués.

Les stages extra hospitaliers sont considérés importants : 165 internes (95,4%) les ont jugé « plutôt utiles » ou « très utiles » pour la formation en santé publique, dont 118 (71,5%) dans la dernière catégorie. Cette proportion varie peu en fonction de la progression dans le DES (étendue : 93,3% en 1^{ère} moitié de DES et 96,9% en 2^e moitié) ou de l'inter région (étendue : 83,3% en Sud – 100% en Sud-Ouest).

La proposition de rendre une formation à la pratique clinique obligatoire par le passage dans au moins un stage clinique emporte une faible adhésion des la part des ISP : seuls 32 (18,5%) y seraient favorables. Les internes en 1^{ère} moitié de DES y sont les plus réticents : seuls 10 (13,2%) y seraient favorables, contre 22 (22,7%) des internes en 2^e moitié de DES. Cette proportion varie aussi en fonction de l'inter région : aucun interne n'y est favorable dans l'inter région Sud, contre 6 internes (28,6%) dans l'inter région Sud-Ouest.

Finalement, l'analyse du contenu des réponses libres portant sur l'avis des internes concernant leur formation fait ressortir, dans l'ordre de fréquence, les points suivants (Tableau 11).

Tableau 11. Souhaits des internes concernant leur formation (réponses libres). (Enquête « DES de Santé Publique », volet « Satisfaction des internes ». CLISP, 2008-2009).

Thème soulevé, remarque faite	Effectif
Formation théorique : Cours absents ou insuffisants ; nécessité de restructurer la formation théorique spécifique au DES	49
Offre de stages insuffisante : diversification nécessaire (stages en secteur privé et à l'étranger souhaités)	20
Mauvaise définition et suivi/encadrement des activités de l'interne en stage	13
Manque d'information concernant les formations accessibles et/ou les débouchés	10
Charge horaire des cours trop contraignante, contenu peu modulable (IDF uniquement)	5
Difficulté pour participer à des congrès : mettre en place des aides financières pour les internes et faciliter les départs par rapport aux obligations de stage	4
Spécialité peu connue : à présenter aux externes pendant le 2e cycle des études médicales	3
Faible responsabilisation des internes dans le cadre de leurs stages	2
Salaire trop faible par rapport aux autres spécialités (du fait de l'absence de gardes) : aide à trouver des activités apportant un complément de rémunération aux internes	1
Obligation de réaliser des stages cliniques souhaitable, ceci est nécessaire à l'identité médicale des internes	1

4 Discussion

Notre enquête montre que l'offre de formation spécifique au DES SP est, en général, peu adaptée aux exigences de la maquette et au niveau d'excellence souhaité pour les médecins spécialistes de la discipline. Ce constat doit être analysé de façon détaillée, à la lumière de la satisfaction élevée dont témoignent les ISP par rapport à leur spécialité et à leur parcours de formation.

4.1 Considérations méthodologiques

L'enquête présentée dans le cadre de cette thèse est à notre connaissance la première à avoir décrit de façon détaillée les composantes de l'offre proposée dans le cadre de la formation de 3^e cycle des médecins français se destinant à l'exercice de la spécialité de santé publique. Le seul travail similaire antérieurement réalisé que nous ayons pu trouver date des débuts de la filière (4) et fournit une description plus générale.

L'exhaustivité du volet « offre de formation » (100%) en fait une source d'informations importante pour internes et enseignants. La déclinaison des résultats au niveau inter régional permet d'en évaluer l'homogénéité à un niveau d'organisation historiquement et administrativement valable pour envisager des solutions aux écarts mis en évidence et la présentation des résultats par subdivision en annexe constitue une source d'information très utile sur l'offre réelle dans chacune des subdivisions d'internat. Ces déclinaisons montrent aussi que certaines solutions ne sont envisageables qu'à l'échelon inter régional ou national.

Le fait que ce questionnaire ait été rempli par des ISP et non pas par les coordonnateurs de chaque subdivision pourrait être vu comme source possible de biais d'information, du fait d'une méconnaissance. Il nous a semblé au contraire que le recrutement du référent de ville était un avantage. Ceci nous permettait de connaître l'offre de formation réelle à laquelle les ISP avaient accès et recours dans le cadre de leur DES. Pour ce qui est des informations saisies, la qualité des réponses était fonction du niveau de détail souhaité. Outre les questions portant sur la validation du DES, qui ont eu un taux de réponses manquantes un peu plus élevé que les autres sections du questionnaire, les questions qui exigeaient la recherche d'informations détaillées étaient celles portant sur les stages ouverts dans la ville et les formations complémentaires. Il est peu probable que les listes de stages fournies comportent des inexactitudes importantes, car ce type de recensement est en général facilement disponible pour l'interne référent d'une subdivision. Dans les cas où la liste de stages fournie comportait moins de 8 stages, le référent du CLISP a été contacté pour confirmer qu'il n'y avait pas d'erreur ni d'oubli. Pour la deuxième, l'exactitude des

réponses a effectivement posé problème et la variable était inexploitable du fait d'une qualité hétérogène. Au vu de cela et pour compléter les informations apportées par l'enquête, un groupe d'internes du collège du CLISP a réalisé l'inventaire des masters ouverts en 2009-2010 comportant une mention « santé publique » dans l'intitulé ou portant sur des thématiques proches. Une démarche similaire pour les DU et DIU n'a pas pu avoir lieu. Les résultats de cette démarche complémentaire sont consultables en Annexes 8 et 9.

En ayant obtenu un taux de participation élevé (70,6%), le volet « satisfaction des internes » est quant à lui une source inédite d'informations relatives à la satisfaction des étudiants inscrits en DES SP, aux dispositions qu'ils prennent concernant leur spécialisation, à leurs activités en stage et à leurs souhaits pour leur formation.

Le recrutement basé sur l'annuaire du CLISP permet une bonne exhaustivité en recensant les ISP en poste et ceux en disponibilité pour des masters. Cette technique de recrutement a par ailleurs déjà été utilisée (35). Elle est d'autant plus efficace que le nombre d'internes d'une subdivision est petit et que le remplissage de l'annuaire demande peu de recherches complémentaires aux référents. Ceci explique probablement que sur les 10 internes qui n'ont pu être invités, 8 soient des internes d'Île-de-France, subdivision dont l'effectif total d'internes ($n = 70$) correspond à 27,5% de l'effectif national. Comme le taux de réponse chez les invités est similaire dans la plupart des inter régions, la distribution des internes par inter régions dans l'échantillon est finalement proche de la distribution réelle.

L'échantillon de répondants est sélectionné par rapport à la population, avec une sur représentation de femmes et d'internes en deuxième partie de leur spécialisation. Il est possible que se trouve parmi les non-répondants une part plus importante d'internes ayant décidé ou considérant fortement de changer de filière, ce qui pourrait par ailleurs expliquer en partie la proportion relativement faible d'ISP déclarant avoir considéré d'utiliser la procédure de « remords » alors que subjectivement le problème semble important du point de vue des internes. Si tel était le cas, les résultats relatifs à la satisfaction auraient été surestimés bien qu'il ne nous soit pas possible de quantifier cette surestimation.

4.2 Adéquation à la maquette et adéquation de la maquette

4.2.1 Une analyse de l'offre

Notre enquête montre que l'offre de formation spécifique au DES peut-être globalement décrite d'après trois caractéristiques :

1. Un écart quantitatif et qualitatif qui concerne tant la formation théorique que la formation pratique.
 - Si la formation théorique spécifique est prévue dans la maquette à hauteur de 250 heures sur les 4 ans de DES, huit subdivisions sur 26 n'en assurent aucune. En termes de volume horaire, seules 9 subdivisions dépassent les 8 demi-journées de formation par an (soit entre 96 et 128 heures d'enseignement sur 4 ans, entre 38,4% et 51,2% de ce qui est théoriquement exigé). Les thèmes traités sont variables et à part l'inter région Ouest, aucune inter région ne répond à l'ensemble des exigences de la maquette.
 - L'écart de l'offre de formation pratique se juge au nombre et au type de terrains de stage et notre enquête permet de montrer qu'à part l'Île-de-France, aucune inter région d'internat (et a fortiori aucune subdivision) ne dispose d'au moins deux stages dans chacun des six domaines d'exercice à partir desquels nous avons décrit les domaines d'activité du médecin spécialiste de santé publique. Cette composante de l'offre n'a pas été analysée par rapport à la maquette, qui ne donne aucune précision sur les terrains de stage.
2. L'hétérogénéité, qui concerne les composantes théorique et pratique de la formation, a pu être objectivée par la comparaison de l'offre entre inter régions. Elle affecte différemment les inter régions quand les deux composantes de la formation sont analysées séparément. Ainsi, des inter régions ayant une offre de formation théorique spécifique au DES relativement lacunaire, telle l'inter région Sud-Ouest, proposent une formation pratique plutôt riche, dont la variété n'est devancée que par l'inter région Île-de-France. La situation inverse est observée pour l'inter région Sud d'après nos résultats.
3. Un hermétisme certain, renforcé par l'absence d'un dispositif d'accueil spécifique aux internes de la spécialité dans 46,2% des subdivisions et par l'absence de dispositif formel d'orientation dans la presque totalité d'entre elles. Ceci est à tempérer puisque quelques réponses à ce déficit ont été trouvées dans la pratique.
 - La maquette de la formation n'est présentée par le coordonnateur que dans moins de la moitié des cas, mais elle est connue des internes (plus de 90%).
 - Le manque de formation théorique spécifique au DES SP, aussi regrettable soit-il pour la valorisation de la formation, est à mettre en perspective avec la recommandation qui est faite aux ISP de presque toutes les subdivisions de suivre les formations existant par ailleurs. Ceci permet de baliser son chemin dans l'acquisition des connaissances fondamentales de la discipline puisque les disciplines de base sont les mêmes pour un public médical et non médical. Le problème qui se pose alors est celui de l'accessibilité de ces formations en termes

financiers, puisque peu de subdivisions proposent des réductions de tarifs aux internes. Le poids peut être particulièrement important lorsque ces formations sont dispensées ailleurs que dans les subdivisions d'origine.

- C'est dans la formation pratique que cet hermétisme est le plus facile à objectiver, au vu du manque répandu de définition d'objectifs de stage et des compétences à acquérir dans chaque type de terrain de stage – a fortiori de façon formelle, avec une trace écrite. Le manque presque généralisé de fiches de validation adaptées ne permet pas non plus de connaître de façon plus précise les compétences attendues d'un interne en fin de stage. Il existe néanmoins dans presque la moitié des subdivisions des dispositifs de présentation plus ou moins formels mettant à contribution alternativement les co-internes ou les responsables de la formation pour présenter les terrains de stage aux ISP.

4.2.2 Confrontation aux attentes des ISP

L'analyse conjointe des résultats du volet « satisfaction des internes » permet d'en tirer des conclusions qui enrichissent ou rendent plus complexe l'analyse du volet précédent et permettent la formulation de quelques hypothèses :

- Malgré une formation peu adaptée, le niveau de satisfaction globale avec la spécialité et avec son propre parcours de formation est très élevé. Ceci serait lié aux perspectives professionnelles et aux caractéristiques de la formation, dont la diversité et la souplesse sont parmi les points positifs cités. Cette « souplesse » de la formation, qui prend son origine dans le caractère peu structuré de celle-ci, pourrait faciliter la construction de parcours de formation adaptés à des aspirations professionnelles individuelles, et aboutir ainsi à des niveaux de satisfaction globalement élevés.
- La satisfaction avec la formation théorique est très faible : si la presque totalité des ISP la considère importante, moins de 1 sur 4 en a un avis positif.
 - Cette faible adhésion à l'offre pourrait être expliquée tant par les écarts préalablement cités que par le ressenti d'un faible investissement de la part des enseignants. Le besoin de suivre des formations complémentaires est en outre souvent rattaché à ce défaut d'investissement ressenti.
 - Les attentes des ISP par rapport à leur formation théorique sont néanmoins fortes, comme le montrent tant la demande pour une amélioration de la qualité des cours formulée même par ceux qui en sont satisfaits que les souhaits formulés à ce propos dans la section de commentaires libres.
 - Nos résultats permettent de formuler l'hypothèse que cette attente concerne essentiellement la structuration d'une formation spécifique au DES, qui aurait un

contenu médicalisé et approfondi. On peut également avancer que les ISP sont conscients de l'importance d'autres dispositifs de formation pour leur permettre d'atteindre un haut niveau de compétence, ce qui se manifeste en particulier dans les demandes pour (i) la diffusion d'informations concernant les formations complémentaires accessibles et (ii) la facilitation de l'accès à des congrès / séminaires.

- La formation pratique emporte au contraire l'adhésion des internes, malgré l'hermétisme signalé plus haut. Ceci est probablement en partie lié au compagnonnage qui s'établit pendant la formation et aux multiples acquisitions en cours de stage, quand bien même celles-ci ne sont pas formalisées. La plupart des ISP évaluent en effet très positivement tant la qualité de l'encadrement et la responsabilisation dans le stage actuel que l'utilité de l'ensemble des stages suivis jusqu'au moment de l'enquête. Il n'en est pas moins que les attentes par rapport à cette composante de la formation sont également fortes.
 - Les ISP semblent valoriser les dispositifs réglementaires conçus pour enrichir la formation, tels les stages hors subdivision et la possibilité d'accréditer de nouveaux stages pour répondre à des objectifs de formation individuels. Ces « opportunités » pourraient être au moins en partie liées à la satisfaction exprimée. Les ISP sont d'ailleurs demandeurs d'une facilitation de la mobilité, tant entre subdivisions qu'à l'étranger.
 - Une évaluation globalement positive ne doit pas cacher les 22,5% d'insatisfaits et les demandes fréquemment formulées dans la section de commentaires libres pour la diversification des terrains de stage et pour l'amélioration de l'encadrement.
 - Ces demandes, associées à l'insuffisance quantitative et qualitative de terrains de stage mise en évidence dans le volet « offre de formation », montrent :
 - que malgré plus de 25 ans d'histoire de la filière, une partie importante des subdivisions n'arrive pas à assurer l'accès à une formation pratique à la hauteur de la diversité de débouchés possibles ;
 - qu'une proportion importante des terrains de stage peine encore à définir un niveau optimal d'activité et de responsabilisation des internes de la spécialité.

Outre ces conclusions qui relèvent de la description de l'offre existante et de son analyse au regard des attentes des professionnels en formation, la présente étude fournit des informations

à propos de la motivation des internes, de leurs parcours de formation et de leur production dans le cadre de leurs stages.

4.2.3 Les dispositions prises par les internes

L'analyse des dispositions relatives à leur formation prises par les internes est ici précédée de quelques considérations préalables concernant leurs motivations initiales pour le choix de la discipline.

Malgré le manque d'informations relatives à la spécialité pendant le deuxième cycle des études médicales, 80% des ISP évoquent un intérêt préalable pour la discipline ou un de ses domaines avant le début de la spécialisation. Les domaines le plus souvent cités sont ceux qui mobilisent des cadres conceptuels et/ou méthodologiques proches de la médecine praticienne : l'épidémiologie et les politiques de santé.²⁴ Cet intérêt initial pour des disciplines proches de la clinique intervient alors même que plus de 40% des internes cite également comme motivation le souhait de s'en éloigner.

Nos résultats montrent que les parcours cliniques sont de moins en moins prisés et que les promotions récentes auraient un intérêt pour la pratique clinique inférieur à celui des promotions les plus anciennes (23,36). La part d'internes souhaitant garder une activité clinique est relativement faible et l'opposition à l'institution de stages cliniques obligatoires, marquée. De surcroît, moins de la moitié des internes souhaitant garder une activité clinique pendant l'internat souhaitent la conserver par la suite et le nombre d'internes effectivement inscrits en DESC est faible. Le maintien d'une activité clinique pendant sa formation, aussi enrichissant soit-il en termes de proximité avec le terrain, pourrait être de fait un point d'attache à l'activité médicale classique et à ce qu'elle rapporte en reconnaissance de la part des confrères des autres spécialités, d'autant que le ressenti d'un défaut de reconnaissance a été signalé à d'autres reprises dans les réponses.

La capacité à définir le point d'équilibre entre une pratique non clinique et une identité médicale forte resterait d'après nous un point d'étape important dans la construction de l'identité professionnelle des futurs médecins spécialistes de santé publique et dans la définition des compétences qui leur sont propres. Les réponses ne sont pas toutes faites et définir les spécificités de la formation médicale de santé publique autrement que par les caractéristiques de la formation médicale préalable est difficile. Une piste est peut-être à puiser dans la définition de l'acte médical par l'Union européenne des médecins spécialistes (UEMS) (48) :

²⁴ Le terme « politiques de santé » inclut entre autres dans notre classement la mise en place d'actions de santé, donc la médecine sociale, la prévention et la promotion de la santé, qui se rapprochent de la médecine praticienne.

« The UEMS council, in which the national medical organizations are represented, has decided upon an European definition of Medical Act. According to this definition “a medical act encompasses all the professional action (e.g. scientific, teaching, training and educational, clinical and medico-technical steps) performed to promote health, prevent diseases, provide diagnostic or therapeutic care to patients, individuals, groups or communities”. The medical act “is the responsibility of, and must always be performed by a registered medical doctor/physician’s or under a medical doctor/ physician’s supervision and/or prescription.” Thus, measures to promote health and prevent disease in the population area matter of concern for medical doctors. »

Il reste néanmoins fondamental dans une telle réflexion de séparer les spécificités d'exercice des spécificités de formation.

Les parcours et les activités des internes montrent une valorisation des activités scientifiques au détriment des activités « de terrain » et un besoin ressenti d'orienter sa formation dans un domaine de la discipline (¾ des ISP l'ont fait ou projettent de le faire).

Le besoin d'orienter la formation, même si la maquette ne le préconise pas de façon explicite (seule est faite une mention à des « enseignements optionnels »), est un ressenti ancien (18). Elle se fait sur les composantes théorique et pratique, même si elle est plus explicite sur le premier.

Sur la composante théorique, le besoin de s'orienter se fait sentir sur la fréquence avec laquelle les formations complémentaires spécialisées – en particulier les masters – sont citées par les ISP et recommandées par les enseignants. Le choix des thématiques des congrès fréquentés renforce cet argument : hormis les congrès académiques, qui peuvent revêtir un caractère généraliste, ce sont les congrès portant sur des thèmes spécifiques et celui de l'ADELF en particulier qui sont les plus investis.

Sur la composante pratique, le besoin d'orientation se remarque dans le critère de choix de stages, puisque le plus fréquent est de favoriser des stages dans le domaine d'orientation choisi.

Nous pouvons néanmoins faire l'hypothèse qu'il n'y ait pas de consensus sur ce que veut dire « orienter son internat » ou sur la manière dont ceci doit se faire. En effet, plusieurs internes nous ont indiqué choisir leurs stages de façon à favoriser une formation généraliste alors qu'ils avaient précédemment indiqué avoir orienté leur internat dans un domaine particulier. De là, deux analyses sont possibles : la première est que les ISP estiment qu'il est important de garder une approche transversale des problèmes de santé et qu'en ce sens, choisir des stages dans des domaines variés alors que son parcours est orienté apporte cette transversalité. Ce type de comportement permet en outre d'expérimenter plusieurs domaines d'exercice et pourrait

faciliter le changement de domaine professionnel par la suite, ce qui favorise la « souplesse de l'exercice » par ailleurs évoquée.

La deuxième analyse est que soit le manque de diversité de terrains de stage dans des domaines spécifiques conduit à en choisir par défaut, soit les ISP ne rattachent pas leur orientation dans un domaine à leur DES, mais à un des diplômes complémentaires qu'il serait « nécessaire » d'obtenir pendant sa formation pour assurer un niveau optimal de compétence professionnelle. Constat dévalorisant pour le DES, celui du besoin d'être associé à d'autres diplômes pour faire valoir un parcours, *a fortiori* s'il est orienté. Reste que ceci peut aussi être appréhendé positivement, ou comme me l'ont affirmé mes interlocuteurs tant AISP, qu'universitaires : « le DES SP apporte la possibilité d'être payé pendant quatre ans alors qu'on se forme comme on veut ».

À propos du parcours et de l'orientation des internes, reste une question à laquelle nous ne pouvons pas répondre avec notre enquête, mais que nos résultats imposent de formuler : est-ce que les orientations choisies pour la formation correspondent aux débouchés réels des internes de santé publique ? Les débouchés et les postes disponibles sont certes nombreux, mais le domaine de l'information médicale, domaine d'exercice de la plupart des AISP en 1995 (35) et qui reste un des principaux domaines demandeurs de médecins spécialistes de santé publique, est investi par peu d'internes. Au contraire, l'épidémiologie, discipline à part entière, est le domaine vers lequel s'orientent le plus souvent les internes.

La remarque prendrait une importance marginale d'un point de vue purement corporatiste s'il était possible de démontrer que tous ceux ayant orienté leur formation dans l'épidémiologie ont trouvé des débouchés dans le domaine. Elle reste entièrement pertinente même dans cette éventualité si nous adoptons une logique « de santé publique » : de quels médecins spécialistes de santé publique la France a-t-elle besoin ? Et est-ce que la formation proposée dans le cadre du DES de la spécialité garantit de combler ce besoin ?

4.2.4 Un peu de santé publique

En tant que médecin spécialiste de la discipline, il me semble nécessaire d'associer une dimension de santé publique à la réflexion menée jusqu'ici. Faisant appel à la définition de santé publique qui la rapproche de toute intervention collective de santé, je définis l'internat de santé publique comme une intervention de ce type pour justifier mon analyse.

L'investissement croissant par l'État du champ de la santé publique en particulier au cours des 25 dernières années (16) traduit deux volontés. L'une est d'améliorer l'efficacité d'un système de soins déjà hautement efficace au niveau individuel, ce qui exige le changement de ses

mécanismes de gestion. L'autre est celle d'intervenir sur la santé de la population par des approches autres que le développement des soins au niveau individuel, dont les limites sont connues (49). La loi de santé publique de 2004 confirme par ailleurs ces intentions (15) en redéfinissant le champ de la santé publique et de ce fait le champ d'intervention du médecin spécialiste.

Offrir une formation en santé publique du niveau de complexité d'un troisième cycle médical devrait résumer ces volontés de l'État, ce qui se traduirait par des actions sur la définition institutionnelle du rôle du médecin spécialiste et sur une politique claire en termes de démographie médicale pour ce qui concerne la spécialité. Or tout ceci ne se vérifie que partiellement.

Si la démarche lancée récemment par les ministères en charge de la santé et de l'éducation au travers de la commission nationale de l'internat et du post internat (CNIPI) (50) peut globalement représenter un pas vers la définition d'objectifs de formation cohérents avec une politique nationale de santé publique et en particulier celle relative à l'offre de soins (pour ce qui est de l'offre quantitative et qualitative de professionnels), la place du médecin de santé publique dans le système est encore à définir. En témoigne le fait qu'aucun des directeurs des agences régionales de santé (ARS) récemment nommés (51) n'est médecin spécialiste de santé publique. Par ailleurs, la place du médecin spécialiste ou des approches médicalisées de la santé au sein des administrations de la santé n'est pas définie institutionnellement.

La politique relative à la démographie médicale ne va pas dans le sens de la spécialité. À la suite de la création de la filière, plus de 12% du total de postes ouverts au concours d'accès au troisième cycle lui a été attribué (4). Les réductions hasardeuses du nombre de postes de la spécialité ont été par la suite multiples, certaines d'entre elles ont été signalées dans l'introduction. Elles aboutissent à la situation actuelle, où les nouveaux internes de la filière représentent 0,9% de l'effectif total en 2010-2011. Ces proportions ne sont pas directement comparables, du fait tout d'abord d'une différence de dénominateur (la proportion calculée pour 1984 ne comprend pas les postes en médecine générale). La deuxième raison est que les filières ont subi des modifications :

- le DES de médecine du travail (DES MT), auparavant dans la filière santé publique, est devenu une filière à part entière ;
- la filière recherche existante à l'époque a disparu et son champ d'activité est actuellement dans celui du DES SP actuel.

Une comparaison grossière, qui consisterait à additionner les effectifs du DES SP et DES MT et les rapporter à l'effectif total d'internes hors médecine générale, établirait à 3,8% la proportion d'ISP dans l'ensemble des nouveaux internes en 2010-2011, mais ce calcul comporte plusieurs inexactitudes. Ces chiffres confirment dans la tendance actuelle de définition du nombre de postes ouverts dans chaque spécialité à la suite des ECN, une stabilité en termes absolus, mais une baisse relative pour ce qui concerne le DES SP (34).

Dans une situation de diminution des effectifs médicaux totaux attendue pour les prochaines années (52-54), la priorité est au renouvellement des effectifs de soignants et le nombre de places à l'issue des ECN est actuellement défini en fonction de l'évolution de la démographie au cours des dernières années et du remplacement des départs à la retraite (55).

Ce type de démarche est délétère à des spécialités récentes comme la santé publique, puisque les renouvellements d'effectif sont forcément assurés à moyen terme, ils sont d'ailleurs croissants (56). Mais cela devient d'autant plus dommageable lorsqu'intervient une extension du champ d'activité des médecins spécialistes de santé publique aussi importante que celle observée de fait depuis la création de la filière et traduite plus récemment dans la loi (15).

En absence de définition plus précise du rôle institutionnel des médecins spécialistes, l'articulation entre les questions pédagogiques ici présentées, la recherche de valorisation de la spécialité et le développement d'une politique de santé publique dont les objectifs soient centrés sur leur public cible²⁵ pourra difficilement se faire. C'est alors aux médecins spécialistes de la discipline de se saisir des informations issues des différentes sources, de (re)définir leurs compétences, leurs domaines d'exercice et les orientations voulues pour leur formation.

4.3 Propositions

La formation des médecins spécialistes de santé publique doit répondre aux enjeux suivants : agir sur des besoins de santé publique déjà identifiés, se préparer à l'identification et à l'action sur les sujets émergents en santé publique, en France et en Europe, s'ouvrir aux nouvelles perspectives et possibilités d'exercice à des échelles supra nationales. Finalement, se former à l'exercice dans les nouveaux champs ouverts depuis la création du DES, et pourquoi pas investir des nouveaux domaines d'exercice.

Un travail abouti ne pourra se faire qu'avec la participation collégiale d'enseignants, internes et médecins spécialistes de santé publique non universitaires. Suite à la réalisation de l'enquête ici

²⁵ Voir à ce titre la définition d'acte médical par l'Union Européenne des médecins spécialistes (48)

présentée, le CLISP en collaboration avec des enseignants représentant les deux collèges, CIMES et CUESP, a proposé de constituer un groupe d'experts et de coordonner une démarche d'élaboration de deux référentiels (métiers et compétences) qui servirait de base à la proposition du contenu de cette nouvelle maquette (22). Cette initiative s'est retrouvée dans celle de la CNIPI, ordonnée quelques mois plus tard, mais étant donné les impératifs dictés par le calendrier officiel, elle ne se concrétise pas d'après la méthode initialement prévue. Il est à souhaiter que ceci n'empêche pas son bon déroulement.

Du point de vue des internes, le groupe de travail du CLISP qui a discuté les résultats de l'enquête ci-dessus (cf. introduction) a également fait des propositions au nom des internes. Les souhaits exprimés à propos des modalités pratiques d'organisation de la formation ont donné lieu à un document (47) diffusé aux deux sous-sections de CNU et dont les propositions sont reprises en Annexe 10.

Ces propositions, dont j'ai participé à l'élaboration, se concentrent sur la formation « de base » commune à tout médecin de santé publique. Elles ont été nourries par les nombreuses discussions à caractère plus ou moins formel entre ISP et avec AISP et autres acteurs de la santé publique en France, pendant ces trois années d'activité associative. D'après celles-ci, l'internat de santé publique et médecine sociale se doit d'être :

- suffisamment structuré pour garantir aux internes s'y engageant une formation de haut niveau de technicité et des compétences communes, fondatrices d'une identité professionnelle qui leur permette d'avoir des approches communes dans le traitement des problèmes de santé collective, quel que soit le domaine d'exercice choisi ;
- suffisamment souple pour permettre des orientations « originales », qui sont le garant de la capacité de la spécialité à se maintenir et à évoluer.

Conclusion

Ce travail est démonstratif de la capacité des ISP à faire une lecture critique de la réalité de leur formation, tant au niveau individuel qu'au niveau collectif.

Au niveau individuel, ceci se vérifie d'abord dans la capacité des ISP d'identifier les points forts et faibles de leur formation et de s'en servir pour construire des parcours individuels adaptés à l'exercice professionnel qui leur convient. Ceci ressort des résultats de cette enquête, mais avait été signalé par mes interlocuteurs auparavant.

Au niveau collectif, ceci se vérifie dans la capacité d'objectiver des ressentis qui se matérialisent dans le présent travail et dans celui de proposer des modalités pratiques de changement.

Ce travail est aussi démonstratif de la capacité des ISP de se constituer en force de proposition et de faire changer la réalité initialement appréhendée. En ceci, ils s'associent aux professionnels de la spécialité de différents horizons dans une démarche commune de définition du rôle social et des compétences du médecin de santé publique, ceci en vue de la promotion non de valeur corporatistes, mais d'une pratique de la médecine à part entière.

La réalisation de cette enquête en collaboration avec l'association italienne d'internes montre par ailleurs la capacité des spécialistes en formation à intégrer la perspective européenne et à établir des comparaisons qui je l'espère pourront contribuer utilement aux propositions à venir.

Idéalement, il serait souhaitable que cette enquête soit répétée à intervalles réguliers, par exemple tous les 4 ans, de façon à avoir des informations relatives à la formation de chacune des « générations » de médecins spécialistes. Ceci afin de suivre les résultats des modifications introduites dans la formation et d'observer des tendances collectives relatives à son évolution. Sa réalisation peut être difficile, la conduite de ce type de projet associatif se faisant en dehors des obligations habituelles de la formation.

La démarche ici exposée serait utilement complétée par une enquête sur le devenir des AISP, en particulier pour l'éclairage que cela apporterait à la définition des compétences nécessaires au médecin spécialiste.

Bibliographie

1. Janody G. Situation de l'internat de médecine au sein de la région Rhône-Alpes. Lyon : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de la région Rhône-Alpes; 1996 Sept.
2. Pitot Belin S. Raisons du choix de spécialité et de localisation des internes de médecine générale dans trois facultés françaises. 22 p. Thèse d'exercice : Médecine : Grenoble 1:2010; n°2010GRE15032.
3. Boczkowski A. [Methods and results of the assessment of efficacy of postgraduate students in public health]. *Wiad. Lek.* 2002;55 Suppl 1:34-42.
4. Bercelli P. La filière de santé publique de l'internat en médecine. 69 p. Mémoire de DU : Méthodologie en santé communautaire : Rennes 1; 1986 Sep.
5. Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D, Kouchner B. *Traité de santé publique*. 2 éd. Paris: Flammarion médecine-sciences; 2007.
6. Bréchat P, Salines E, Segouin C. *Médecins de santé publique*. Rennes: Éd. de l'École nationale de la santé publique; 2006.
7. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et Ministère de la Santé. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. *JORF*, n°233 du 6 octobre 2004, page 17076.
8. European Parliament. Directive of the European Parliament and of the Council on the recognition of professional qualifications, Council Common Position. *The Official Journal of the European Union*, 8 Mar 2005.
9. Salomez J. Introduction - de la santé publique aux professionnels de santé publique. Dans: *Médecins de santé publique*. Rennes: Editions de l'école nationale de santé publique; 2006. 460 p.
10. Schweyer F. Médecins, pharmaciens, ingénieurs. *Santé Publique*. 2007;Vol. 19(hs):37-51.

11. Spira A, Louvet T, Hardy J. La réforme : mettre en réseau les compétences. *ADSP*. 2006 Juin;55:38-50.
12. Cassou B. La formation en santé publique : un domaine en mutation. *Actualité et dossier en santé publique*. 2006 Juin;55:15-65.
13. Tabuteau D. Pouvoirs publics et professions de santé. *Les Tribunes de la santé*. 2010;26(1):103-121.
14. Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique. *JORF*, du 19 février 1902, page 1173.
15. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *JORF*, n°185 du 11 août 2004, page 14277.
16. Tabuteau D. *Quinze ans de sécurité sanitaire. De la loi du 4 janvier 1993 aux défis de 2008*. Paris: Editions de Santé Presses de Science Po; 2008. 91 p.-(Collection Verbatim).
17. Conseil national des Universités. Accueil CNU SANTE : Commission permanente du Conseil National des Universités (CP-CNU) [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.cpcnu.fr/sectionEtSousSectionMedecine.htm> > (consulté le 19.10.2010).
18. Bricoteau D, Hoden S. Une nouvelle spécialité médicale : la santé publique, pour quoi faire ? Débouchés pour les internes de santé publique en France en 1990, prospective. 185 p. Thèse d'exercice : Médecine : santé publique : Lille 2 : 1990 ; n°1990LIL2M295.
19. Brodin M, Gottot S, Lucioli E. La santé publique une expérience pédagogique. *La Revue d'Education Médicale*. 1984 Fév;7(2):46-60.
20. Gottot S, Brodin M, Lombrail P. Un enseignement de méthodes pour la santé communautaire. *La Revue d'Education Médicale*. 1988 Mar;11(1):35-40.
21. Brodin M, Gottot S, Lucioli E. Quelques points de repère pour l'aménagement de la formation des médecins en santé publique. *La Revue d'Education Médicale*. 1984

- Fév;7(2):38-45.
22. Méchain M. Elaboration d'un référentiel de compétences communes pour le DES de Santé Publique et Médecine Sociale : une réflexion pédagogique. 31 p. Mémoire de DIU : Pédagogie médicale : Poitiers; 2009 Oct.
 23. Heintzmann F, Vidal A, Chabot J, Brodin M, Lombrail P, Gottot S. Interne en santé publique : qui suis-je? La Revue d'Education Médicale. 1986 Mai;9(1):11-16.
 24. Bercelli P. Les deuxièmes assises nationales des internes de santé publique. 51 p. Mémoire de DU : Méthodologie en santé communautaire : module de communication, information, techniques de documentation : Rennes 1; 1987 Oct.
 25. Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques. JORF, 26 décembre 1982, page 3861.
 26. Hardy-Dubernet A, Arliad M, Le Roy F, Blanc M. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique et Technique (C.N.R.S.) et Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation. (M.I.R.E.); 2001.
 27. Institut National de la Recherche Pédagogique. Résumé d'entretien - Témoin N°088 : Maxime SELIGMANN [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.inrp.fr/she/archoral/temoins/088.htm> > (consulté le 19.10.2010).
 28. Ministère de l'Education nationale. Décret n° 88-321 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF, du 8 avril 1988, page 4650.
 29. Bérard A. Les médecins spécialistes de santé publique. Santé Publique. 2007;Vol. 19(hs):53-60.
 30. Ministère de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports et Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. Arrêté du 23 mai 1990 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF, n°129 du 6 juin 1990, page 6629.
 31. Tajahmady A. Editorial. Bulletin du Collège de liaison des internes de santé publique.

2005 Mai;3:1.

32. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative. Arrêté du 30 juin 2008 fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion et par discipline ainsi que leur répartition par subdivision d'internat au titre de l'année universitaire 2008-2009. JORF, n°0157 du 6 juillet 2008, page 10884.
33. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 3 juillet 2009 fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion et par discipline ainsi que leur répartition par subdivision d'internat au titre de l'année universitaire 2009-2010. JORF, n°155 du 7 juillet 2009, page 11433.
34. Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 12 juillet 2010 déterminant pour la période 2010-2014 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision. JORF, n°0165 du 20 juillet 2010, page 13368.
35. Association Régionale des Internes de Santé Publique d'Ile-de-France (S.P.I.). Enquête sur le devenir des internes de santé publique. *Revue d'épidémiologie et santé publique*. 1995 Mar;43:385-391.
36. Décret n° 2010-1187 du 08 octobre 2010 modifiant le statut des internes et relatif aux étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie et aux stagiaires associés. JORF, n°0236 du 10 octobre 2010, page 18323.
37. Depoivre C, Libeau B, Bercelli P. L'an 2000 de la santé publique. Deuxièmes assises nationales des internes de santé publique; 1987 Jun 27-28; Rennes. 89 p.
38. Ministère de l'éducation nationale et Ministère des affaires sociales et de l'emploi. Arrêté du 4 mai 1988 relatif aux diplômes d'études spécialisées de médecine, modifié par l'arrêté du 5 mars 1992 (Annexe S). JORF du 8 mai 1988, pages 6709-10.
39. Ministère de l'éducation nationale et Ministère des affaires sociales et de l'emploi. Arrêté du 8 février 1985 fixant la réglementation des diplômes d'études spécialisées (DES) de la filière de santé publique. JORF du 16 février 1985, pages 2032-3

40. Gimigliano A, Consulta degli Specializzandi di Igiene e Medicina Preventiva. Analisi e valutazione del percorso formativo degli specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva. Communication affichée. XI Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica, Naples, Italie, 15-17 Oct 2009.
41. Baudier F. La formation en santé publique : osons la différence ! Santé Publique. 2007;Vol. 19(hs):149-151.
42. Collège Universitaire des Enseignants de Santé Publique. Contribution du CUESP aux travaux de la commission Marescaux. 2009 Mar.
43. Carriot F, Ruffié A. Les internes de santé publique au sein des CHU. Formation, rôles et compétences. Gestions hospitalières. 2000 Avr;395:300-302.
44. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF, n°15 du 18 janvier 2004, page 1394.
45. Commission nationale informatique et liberté. Délibération n° 2010-229 du 10 juin 2010 dispensant de déclaration les traitements automatisés de données à caractère personnel mis en œuvre par des organismes à but non lucratif abrogeant et remplaçant la délibération n° 2006-130 du 9 mai 2006 (décision de dispense de déclaration no 8). JORF, 0155 du 7 juillet 2010, page texte n°76.
46. Ministère de la Jeunesse, de l'Éducation Nationale et de la Recherche et Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Arrêté du 10 mars 2004 portant détermination des interrégions. JORF, n°68 du 20 mars 2004, page 5400.
47. Guerra J, Leleu H, Collège de liaison des internes de santé publique. Diplôme d'études spécialisées en santé publique et médecine sociale - Evolution et perspectives. 2010 Juin.
48. European Union of Medical Specialists, section of Public Health. Programme paper on the medical specialty of public health in EU countries. 2009 Avr 25.
49. Dever GEA. An epidemiological model for health services research. Social indicators research. 1976;2(4):453-466.

50. Ministère de la Santé et des Sports et Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Décret n° 2009-272 du 9 mars 2009 relatif à la Commission nationale de l'internat et du post-internat. JORF, n°0059 du 11 mars 2009, page 4481.
51. Décret du 1er avril 2010 portant nomination des directeurs généraux des agences régionales de santé. JORF, n°0078 du 2 avril 2010, page 6454.
52. Hartmann L, Ulmann P. Démographie médicale française - Situation au 1er janvier 2005. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2005.
53. Ministère de la Santé et des Sports. Réponses au défi de la démographie médicale - Démographie médicale - Santé - Dossiers - [en ligne]. Disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr/reponses-au-defi-de-la-demographie-medicale.html> > (consulté le 19.10.2010).
54. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas Régionaux de la démographie médicale française : des disparités qui s'accroissent au niveau local [en ligne]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-regionaux-de-la-demographie-medicale-francaise-des-disparites-qui-s%E2%80%99accentuent-au-niveau-local-969> > (consulté le 19.10.2010).
55. Berland Y. Commission démographie médicale. Paris: Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Commission familles, vulnérabilité, pauvreté; 2005.
56. Berland Y. Le renouvellement des effectifs médicaux. Le rapport 2008-2009. Paris: Observatoire national de la démographie des professions de santé; 2009.

Annexe 1

Personnes impliquées dans la réalisation de l'enquête « DES de santé publique » en France et en Italie

Élaboration des questionnaires

Pour la France (CLISP)

Version initiale et mises en forme ultérieures : Bruna ALVES DE REZENDE

Relecture et modifications : Cédric LAOUENAN et Emilie CHAZELLE

Élaboration de la version électronique, gestion de la base de données : Jérémie JEGU

Pour l'Italie (Consulta)

Emanuele CIOTTI, Danilo CEREDA

Analyses

France

Bruna ALVES DE REZENDE, Matthieu GENTY, Jérémie JEGU

Italie

Alessandra GIMIGLIANO, Giuseppe FRANCHINO

Coopération France - Italie

France

Etablissement de la coopération, objectifs de la partie commune : Emilie CHAZELLE

Modification / adaptation des questionnaires : Bruna ALVES DE REZENDE

Italie

Danilo CEREDA, Emanuele CIOTTI

Comparaison entre les deux pays

Giuseppe FRANCHINO, Matthieu GENTY, Alessandra GIMIGLIANO

Annexe 2

Personnes contactées pour des informations relatives à l'origine de l'internat de santé publique

Universitaires

Professeur Marc BRODIN

Professeur Marcel GOLDBERG

Anciens internes de santé publique

Docteur Paolo BERCELLI

Docteur Yann BLANCHARD

Docteur Cédric GROUCHKA

Docteur Louis LEBRUN

... plus des informations précieuses obtenues auprès du Docteur Yann BOURGUEIL, dans le cadre d'un entretien pour le bulletin du CLISP n°13 (juillet 2010).

Tous mes remerciements pour m'avoir aidé à donner du sens à des informations initialement éparpillées et à prendre du recul par rapport aux réponses issues de cette enquête.

Annexe 3

Maquette du Diplôme d'études spécialisées de santé publique et médecine sociale

I - Enseignements

Deux cent cinquante heures environ

A - Enseignement de base

- Communication : techniques de communication et d'éducation pour la santé, documentation, informatique ;
- Épidémiologie : épidémiologie descriptive et analytique, statistiques, démographie ;
- Planification : évaluation des institutions sanitaires ; programmation des actions de santé et prévention ;
- Économie : organisation et gestion du système de santé, économie de la santé ;
- Droits : bases du droit administratif, constitutionnel et civil ; protection sociale, droit sanitaire et social ;
- Environnement : méthodes d'études de l'environnement physique et hygiène du milieu ; méthodes des sciences sociales appliquées à l'analyse du fonctionnement des institutions et des politiques sanitaires et sociales.

B - Enseignement optionnel

- Deux enseignements à choisir parmi les suivants :
- Environnement et hygiène du milieu ;
- Épidémiologie ;
- Organisation et gestion des services de santé ;
- Santé communautaire.

II - Formation pratique

- A. Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de santé publique et médecine sociale, dont au moins un semestre dans un service extra hospitalier.
- B. Quatre semestres dans des services agréés pour la spécialité ou pour une autre spécialité.

Annexe 4

Variables sélectionnées pour la comparaison entre les résultats des enquêtes française et italienne et leurs résultats

Description de l'échantillon

	FRANCE	ITALIE
Age (années)		
- médiane	28	33
- étendue	23-45	26-52
Avancement dans l'internat (%)		
- 1ère année	20,8	26,9
- 2e année	23,7	35,1
- 3ème année	30,6	6,4
- 4ème année	24,9	26,5
Sexe (% femmes)	64,7	66,1
Participation (%)	70,6	57,6

Domaine d'orientation

	FRANCE	ITALIE
Orientation de l'internat dans un domaine (%)	58,4	52,6
<i>Épidémiologie (%)</i>	46,5	19,2
<i>Politiques de santé (%)</i>	14,9	17,9
<i>Santé publique hospitalière (%)</i>	14,9	26,1

Satisfaction avec la formation

	FRANCE	ITALIE
Formation pratique		
- Utilité des stages pour la formation (%)	87,9	87,5
- A propos du stage actuel (%)		
- Encadrement (satisfaisant)	77,5	80,5
- Responsabilisation (correcte)	78,6	72,5
Formation théorique		
- Est-elle importante ? (%)	94,2	77,8
- En êtes-vous satisfait ? (%)	26,6	46,8
- Fréquentez-vous des congrès/séminaires (%) ?	68,2	85,5

Production des internes dans le cadre de leurs stages

Activité / type de production	FRANCE	ITALIE
	(%) n = 173	(%) n = 234
Publications dans des revues à comité de relecture	42,8	23,1
Présentation de poster à un congrès	41,7	54,8
Présentation orale à un congrès / séminaire	35,3	44,4
Enquête épidémiologique ou de recherche clinique	76,3	NC
- Écriture et validation d'un protocole	54,3	50,8
- Recueil de données	64,7	82,5
- Analyse de données	72,3	76,5
Gestion de bases de données (dont PMSI)	60,1	28,6
Gestion des organisations de soins (y compris DIM)	44,5	NC
- Qualité (dont EPP)	33,5	32
- Gestion des risques	6,9	29,9
- Évaluation économique	12,8	11,5
Veille sanitaire / épidémiologie	44,5	NC
- Activités de routine (enquête autour d'un cas, plan)	37,6	45,3
- Expertise (enquêtes ad hoc, alertes sanitaires)	23,1	29,5
Actions de santé (promotion, éducation)	32,4	NC
- Programmation et mise en place	19,1	32,5
- Évaluation	17,3	26,5
Politiques de santé	26,0	NC
- Élaboration d'un rapport technique	12,1	15,4
- Mise en place d'un plan de santé publique, implantation d'une loi	5,2	11,1
- Contrôle de l'activité des organisations sanitaires	11,0	22,2
- Évaluation	12,1	22,2

Annexe 5

Questionnaire du volet « Offre de formation »

Concernant l'organisation générale de l'internat, la maquette et la validation du DES SP

- 1) La maquette du DES est-elle présentée aux internes en début de cursus ?
 Oui. Non
- 2) Une journée d'accueil (ou tout autre espace de présentation de la spécialité) est-elle organisée pour les nouveaux internes ?
 Oui. Non
- a. Si oui :
- i. Par qui ? _____
 - ii. Depuis quand (année)? _____ NSP
 - iii. En quoi consiste-t-elle ? _____
- b. Existe-t-il un dispositif formel pour aider les internes dans leur orientation professionnelle (par exemple : tutorat par un enseignant ou un ancien interne, réunions d'orientation...)?
 Oui. Non

Si oui, le décrire :

- 3) Concernant la validation du DES :
- a. Quelles en sont les modalités dans votre ville?

	Oui	Non
Thèse (est-il indispensable de l'avoir soutenue avant la séance de validation ?)		
Mémoire de DES (en indiquer ci-dessus le contenu)		
• Projet de recherche		
• Présentation des titres et travaux réalisés pendant l'internat		
• Autre(citer)		
Séance formelle de validation, avec (en spécifier le déroulement, svp) :		
• Validation en inter région		
• Présentation de son parcours professionnel (stages)		
• Présentation de ses activités de recherche (publications, etc.)		
• Présentation de ses activités d'enseignement		
• Présentation de ses formations théoriques (D.U., Master, etc.)		
• Autre (citer)		

- b. Est-ce que la validation est conditionnée au respect de la maquette ?
- Oui. Non

- 4) Y-a-t-il des gardes obligatoires pendant l'internat dans votre ville ?
- Oui. Pendant combien de semestres ? _____ Non

Concernant les formations théoriques proposées dans le cadre du DES

- 1) Avez-vous des formations théoriques spécifiquement organisées pour le DES SP (hors diplômes complémentaires auxquels vous pouvez vous inscrire en option)?
- Oui. Non (passez directement à la question 2)

Si oui, répondez aux questions suivantes :

A propos des formations organisées dans votre ville

- a. Quelle en est la forme ?
- Cours magistraux
 - Séance de biblio ou présentation d'interne avec présence d'un chef
 - Présentation entre internes (sans présence d'un chef)
 - Autre. Laquelle ? _____
- b. Avec quelle fréquence ?
- ≤ 8 demi-journées/ an
 - > 8 demi-journées/an
- c. Qui les organise ?
- Les internes
 - Les chefs, à la demande des internes
 - Les chefs seuls
- d. Avez-vous (le groupe d'internes) la possibilité d'en proposer les thèmes ?
- Oui.
 - Non
- e. Est-ce que la présence aux formations est obligatoire ?
- Oui.
 - Non

A propos des cours ou des séminaires en inter région

- f. En avez-vous ?
- Oui. Quelle en est la fréquence ? _____
 - Non

A propos de toutes les formations théoriques sur lesquelles vous venez de répondre

g. Quels sont les thèmes traités ?

Thème	Oui	Non
Épidémiologie (recherche ou terrain)		
Biostatistique		
Communication médicale (rédaction et lecture critique d'article, présentation orale)		
Utilisation d'outils informatiques (bureautique, logiciels stat, cartographie)		
Informatique médicale (y compris information médicale)		
Planification et programmation des actions de santé		
Prévention et Promotion de la santé		
Organisation et gestion du système de santé		
Organisation et gestion des organisations de santé		
Évaluation en santé (des actions et des institutions)		
Hygiène hospitalière		
Environnement et santé		
Droit de la santé (+ bases du droit général)		
Sociologie et Anthropologie de la santé		
Économie de la santé		

2) Indépendamment du fait d'avoir des cours spécifiques DES, avez-vous des formations (DU, DIU, masters, certificats) « fortement conseillées » pendant votre internat ?

Oui.

Non

a. Si oui, lesquelles?

3) Existe-t-il des diplômes complémentaires en santé publique (DU, DIU, masters, école d'été) proposés dans votre ville ?

Oui.

Non

a. Si oui, lesquels (Vous pouvez également nous envoyer un tableau) ?

b. Avez-vous la possibilité de vous inscrire à ces formations gratuitement ou à un tarif préférentiel pendant votre DES ?

Oui

Non

i. Si oui, lesquelles ?

U.E. de master D.U. / D.I.U. Ecole d'été Autre : _____

Concernant les stages²⁶

- Y-a-t-il des stages de santé publique proposés pendant l'EXTERNAT en médecine, dans votre ville ?

Oui.

Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

- Les différents stages proposés, sont-ils présentés aux internes avant les choix ?

Oui.

Non

Si oui, par qui ? _____

- Avez-vous facilement accès à des stages non hospitaliers²⁷ ?

²⁶ Pour les questions 2 à 4, on s'intéresse à la possibilité d'avoir accès ou de faire ouvrir un stage par rapport aux autres spécialités. En effet, le droit de faire un stage hors région ou à l'étranger, ou encore de faire ouvrir un stage est établi dans les statuts de l'interne en médecine. Nous nous intéressons ici à l'aspect pragmatique pour l'interne s'intéressant à une de ces possibilités.

²⁷ Administrations de la santé, laboratoires pharmaceutiques, réseaux de soins, organismes internationaux.

Oui. Non

• Pouvez-vous facilement vous faire ouvrir un nouveau stage ?
 Oui. Non

• Avez-vous facilement accès aux stages inter CHU ?
 Oui Non

• Est-il facile pour un interne de faire un stage à l'étranger ?
 Oui. Non Nsp

• Est-ce que les objectifs de stage sont clairement définis et exposés aux internes en début du semestre (de manière générale) ?
 Oui. En existe-t-il une trace écrite ? _____ Non

- Concernant la validation des stages
 - En quoi consiste-t-elle ?
 - Fiche de validation fournie par le CHU ou la faculté : Oui Non
 - . Si oui, est-elle appropriée à l'évaluation d'un stage de Santé Publique ?
 Oui Non
 - Autre forme de validation valable pour tous les stages (préciser) _____

• Quelle est la liste exhaustive des stages actuellement proposés dans le cadre du DES de votre ville (Vous pouvez également nous envoyer un fichier Excel)?

Intitulé (pas de sigles!)	Ville	Service	Responsable de stage

Annexe 6

Questionnaire du volet « Satisfaction des internes »

Questions à faire remplir par tous les ISP

A propos de vous

- Sexe : Femme Homme
- Âge : _____
- Inter région et ville²⁸ : _____
- En quel semestre d'internat êtes vous ? _____
- Quelle a été (à l'origine) la raison de votre choix de spécialité à l'internat (plusieurs réponses possibles)?
- Intérêt pour la spécialité ou un de ses domaines (dans ce cas, lequel ? _____)
- Votre classement ne vous permettait pas d'avoir votre spécialité de choix
- Votre classement ne vous permettait pas d'avoir votre ville de choix
- Pas envie de faire de la clinique
- Autre. Laquelle ? _____
- Avez-vous envisagé un droit au remords ?
- Oui, et votre choix définitif n'est pas encore arrêté
- Oui, mais vous avez finalement choisi de rester dans la filière. Pourquoi ? _____
- Vous avez commencé l'internat dans une autre spécialité et avez changé pour la santé publique²⁹ (spécialité d'origine _____)
- Non

Satisfaction générale

- 1) Globalement, êtes vous satisfait :
 1. De votre choix de spécialité ? Oui Non
 2. De votre internat ? Oui Non
 3. Conseilleriez-vous l'internat de Santé Publique à un externe ?

²⁸ Le résultat par ville ne sera transmis qu'au référent du CLISP dans la ville pour discussion entre internes. Le CLISP ne publiera pas d'analyse plus fine que le niveau inter régional.

²⁹ Droit au remords ou deuxième tentative à l' ENC.

Oui Non

3.1) Pourquoi ? _____

Concernant la maquette et la formation théorique

Consigne pour répondre à cette section : répondez uniquement par rapport aux cours organisés spécifiquement pour le DES. Ne prendre en compte aucune formation complémentaire payante et/ou optionnelle.

- Connaissez-vous la maquette du DES SP ?

 Oui Non

Si oui, vous a-t-elle été présentée par le responsable du DES de votre ville ou inter région ?

 Oui Non

- Pensez-vous que la formation théorique doit avoir une place importante pendant l'internat de Santé Publique ?

 Oui Non

2.1) Pensez-vous que celle-ci doit être obligatoire ?

 Oui Non

- Êtes-vous satisfait de la formation théorique que vous recevez dans le cadre de votre DES ?

 Oui Non

3.1) Pourquoi ?

- Quelle est votre appréciation sur la qualité des cours de DES ?

Très bien Plutôt bien Plutôt mauvaise Très mauvaise Pas de cours de DES

- Fréquentez-vous des congrès / séminaires ?

Oui. Nb de participations l'année dernière ____

 Non

○ Si oui

- Donnez quelques exemples, SVP.

- Avez-vous été à un des séminaires du CUESP ?
 - Oui Non
 - Si oui, pensez-vous que ces séminaires contribuent à enrichir votre formation théorique ?
 - Oui Non
- Que pensez-vous de la possibilité de rendre la participation à un certain nombre de congrès / séminaires une condition pour la validation du DES ?
 - D'accord Plutôt d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'accord

Concernant les stages

Au moment de choisir vos stages, vous

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> N'avez pas de critère (fonction de vos possibilités) | <input type="checkbox"/> Essayez de choisir des stages qui procurent une formation généraliste en Santé Publique | <input type="checkbox"/> Choisissez en privilégiant un domaine particulier, sur lequel vous vous orientez |
|---|--|---|

Avez-vous orienté votre internat de Santé Publique dans un domaine particulier ?

- Oui. Lequel ? _____ Non.
Pourquoi ? _____

Selon vous, quel(s) type(s) de stage manque(nt) cruellement dans votre ville (essayez de renseigner un domaine d'activité plutôt qu'un lieu de stage) ?

Avez-vous fait (ou comptez-vous faire) un stage hors filière ?

- Oui Non

Si oui, quelle est (a été) votre principale motivation (une seule réponse)?

- Mieux évaluer la possibilité de faire un droit au remords
 Vous pensez que cela est important pour votre formation
 Faire un DESC. Lequel ? _____
 Autres. (Indiquez-la, svp). _____

Pensez-vous qu'un ou plusieurs stages cliniques devai(en)t être obligatoire(s) pendant l'internat de Santé Publique ?

- Oui Non

Avez-vous déjà fait des stages extra hospitaliers ?

- Oui. Combien ? ____ Non

Avez-vous fait ou comptez-vous faire ouvrir des stages pendant votre DES ?

- Oui Non

Pour quelle raison ? _____

Concernant votre stage actuel, que pensez-vous

De la charge horaire ?

- Excessive Plutôt correcte Insuffisante Absente

De la responsabilisation ?

- Excessive Plutôt correcte Insuffisante Absente

De l'encadrement ?

- Très bien Plutôt bien Plutôt mauvais Très mauvais

Que pensez-vous de l'utilité des stages extra hospitaliers pour la formation en Santé Publique ?

- Très utiles Plutôt utiles Plutôt peu utiles Inutiles

De manière générale, quelle utilité ont eu les stages que vous avez faits dans votre formation ?

- Très utiles Plutôt utiles Plutôt peu utiles Inutiles

Activités réalisées dans le cadre de vos stages (indiquer le nombre, svp)

	Non	Oui	Nb/durée
Publication dans une revue à comité de relecture			
Autre type de publication. Lequel ?			
Présentation de poster à un congrès			
Présentation orale à un congrès / séminaire			
Présentation orale ³⁰ au sein de votre équipe			
Rédaction de document interne au service			
Enquête épidémiologique ou recherche clinique			
- Écriture ou validation d'un protocole			
- Recueil de données			
- Analyse de données			
Gestion de bases de données (PMSI ou autre)			
Actions de santé (promotion, éducation)			
- Consultation de prévention (santé-voyage, PMI...)			
- Programmation et mise en place			
- Évaluation			
Politiques de santé			
- Élaboration d'un rapport technique			
- Mise en place (PSP, loi)			
- Contrôle de l'activité des organisations de soins ³¹			
- Évaluation			
Gestion des organisations de soins (dont DIM)			
- Qualité (dont EPP)			
- Gestion du risque			
- Économie			
Veille sanitaire / épidémiologique			
- Activité de routine (autour d'un cas, plan)			
- Expertise (enquêtes ad hoc, alertes sanitaires)			
Autres (décrire)			

Votre avis

Tribune libre pour exprimer vos suggestions concernant les modifications à faire pour rendre la formation plus adaptée aux besoins des internes. Essayez d'élaborer des phrases courtes (ça nous aidera au moment de l'analyse et du regroupement des réponses !).

³⁰ De vos résultats dans le cadre d'un projet de recherche, mais également une revue de la littérature, un résumé sur un thème d'actualité, etc.

³¹ Inspection de conformité, contrôle de l'Assurance Maladie...

Annexe 7

Offre de formation par subdivision d'internat (sélection de variables)

Tableau VII-1. Caractéristiques de la formation théorique spécifique au DES dans les subdivisions d'internat. (Enquête "DES de Santé publique", volet "Offre de formation"; CLISP, 2008-2009).

Subdivision d'internat	Formations spécifiques au DES	Formations dans la subdivision d'origine	Fréquence des cours (demi-journées par an)	Séminaires inter régionaux	Nombre de séminaires annuels	Formations complémentaires hors DES recommandées	Formations complémentaires dans la subdivision	Tarif réduit aux formations dans la subdivision
Amiens	Oui	Oui	+ de 8	Oui	4	Oui	Oui	Oui
Angers	Oui	Oui	- de 8	Oui	1-2	Oui	Non	
Besançon	Non	Non		Non		Oui	Oui	Oui
Bordeaux	Non	Non		Non		Oui	Oui	Oui
Brest	Non	Non		Non		Oui	Oui	Non
Caen	Oui	Oui	- de 8	Non		Oui	Oui	Non
Clermont-Ferrand	Oui	Oui	- de 8	Oui	4	Non	Oui	Non
Dijon	Oui	Oui	- de 8	Oui	1-2	Oui	Non	
Grenoble	Oui	Oui	+ de 8	Oui	4	Oui	Oui	Non
Lille	Oui	Oui	+ de 8	Oui	1-2	Oui	Oui	Non
Limoges	Non	Non		Non		Oui	Oui	Non
Lyon	Oui	Oui	+ de 8	Oui	4	Oui	Oui	Oui
Marseille	Non	Non		Non		Oui	Oui	Oui
Montpellier	Oui	Non		Oui	1-2	Oui	Oui	Non
Nancy	Non	Non		Non		Oui	Oui	Non
Nantes	Oui	Oui	+ de 8	Oui	1-2	Oui	Oui	
Nice	Oui	Non		Oui	1-2	Oui	Oui	Non
Paris	Oui	Oui	+ de 8	Non		Oui	Oui	Oui
Poitiers	Oui	Oui	+ de 8	Oui	1-2	Oui	Oui	Non
Reims	Non	Non		Non		Oui	Non	
Rennes	Non	Non		Non		Oui	Oui	
Rouen	Oui	Oui	+ de 8	Oui	4	Oui	Oui	Oui
Saint-Etienne	Oui	Non		Oui	4	Oui	Oui	Non
Strasbourg	Oui	Oui		Non		Oui	Oui	Oui
Toulouse	Oui	Oui	+ de 8	Non		Oui	Oui	Oui
Tours	Oui	Non		Oui	1-2	Non	Oui	Non

Tableau VII-2. Contenu de la formation théorique spécifique au DES dans les subdivisions d'internat. (Enquête "DES de Santé publique", volet "Offre de formation"; CLISP, 2008-2009).

Subdivision d'internat	Epidémiologie	Biostatistiques	Communication scientifique	Outils informatiques	Information médicale	Planification en santé	Prévention et promotion de la santé	Organisation du système de santé	Gestion des organisations de santé	Evaluation en santé	Hygiène hospitalière	Environnement et santé	Droit de la santé	Socio/anthropologie de la santé	Economie de la santé
Amiens	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui					Oui		Oui
Angers	Oui	Oui	Oui			Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		Oui		
Besançon															
Bordeaux															
Brest															
Caen	Oui		Non			Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Clermont-Ferrand	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Dijon	Oui			Oui											Oui
Grenoble	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
Lille	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Limoges															
Lyon	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Marseille															
Montpellier	Oui	Oui	Oui					Oui							
Nancy															
Nantes	Oui	Oui	Oui	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui			Oui
Nice															
Paris	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Poitiers	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Reims															
Rennes															
Rouen	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Saint-Etienne	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non
Strasbourg															
Toulouse	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Tours	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui

Tableau VII-3. Caractéristiques de la formation pratique du DES dans les subdivisions d'internat. (Enquête "DES de Santé publique", volet "Offre de formation"; CLISP, 2008-2009).

Subdivision d'internat	Présentation des stages avant choix	Qui présente	Accès aux stages extra hospitaliers	Possibilité de faire ouvrir un nouveau stage	Facilité pour obtenir un inter-CHU	Facilité pour partir à l'étranger	Objectifs de stage définis	Objectifs de stage par écrit	Fiche de validation adaptée	Gardes obligatoires	Nombre de semestres de gardes obligatoires
Amiens	Oui	internes	Oui	Non	Oui		Non		Non	Non	
Angers	Non		Oui	Oui	Oui	Non	Non		Non	Non	
Besançon	Oui	coordonnateur de DES responsable du stage	Oui	Oui	Non	Non	Non		Non	Oui	4
Bordeaux	Oui		Oui	Oui	Oui		Non		Non	Non	
Brest	Non	responsable du stage	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	2
Caen	Oui		Oui	Oui	Oui		Oui	Oui	Oui	Oui	2
Clermont-Ferrand			Oui	Oui	Oui		Non		Non	Non	
Dijon	Non	responsable du stage		Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	
Grenoble	Oui		Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	
Lille	Non		Oui	Oui	Non	Non	Non		Non	Non	
Limoges	Non		Non	Non			Non		Non		
Lyon	Oui	internes	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	4
Marseille	Non		Oui	Non	Non	Non	Non			Non	
Montpellier	Oui	internes	Oui	Oui	Oui	Oui	Non		Non	Non	
Nancy	Oui	internes	Oui	Non	Non	Non	Non		Non	Oui	2
Nantes	Oui	internes	Oui	Oui	Oui	Oui			Non	Oui	1
Nice	Non		Non		Oui		Non		Non	Oui	2
Paris	Oui	internes	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	
Poitiers	Oui	Site internet	Oui	Oui	Oui		Oui	Oui	Non	Non	
Reims	Non		Oui	Oui	Non		Non		Non	Non	
Rennes	Non		Oui				Non		Non	Oui	1
Rouen	Non		Oui	Non	Non		Oui	Oui	Non	Non	
Saint-Etienne	Non		Oui	Oui	Non	Non	Non		Non	Oui	4
Strasbourg	Non		Oui	Non	Non	Non	Non		Non	Oui	2
Toulouse	Oui	internes	Oui	Oui	Oui	Non	Non		Non	Non	
Tours	Non		Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	

Tableau VII-4. Description des modalités de validation du DES de santé publique. (Enquête "DES de santé publique", volet "offre de formation"; CLISP, 2008-2009).

Subdivision d'internat	Thèse nécessaire pour valider le DES	Besoin de respecter la maquette	Ecriture de mémoire de DES	Contenu du mémoire : projet de recherche	Contenu du mémoire : titres et travaux	Séance formelle de validation	Séance de validation en inter région	Contenu de séance : parcours professionnel	Contenu de séance : travaux de recherche	Contenu de séance : enseignement	Contenu de séance : formations théoriques
Amiens	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Angers	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Besançon		Oui				Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Bordeaux	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Brest	Non	Oui				Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Caen		Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Clermont-Ferrand	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Dijon	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Grenoble	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Lille		Non				Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Limoges		Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Lyon	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Marseille	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Montpellier	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Nancy	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Nantes	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Nice		Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Paris	Non	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Poitiers	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Reims	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Rennes	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Rouen	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Saint-Etienne	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Strasbourg		Oui									
Toulouse	Non		Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Tours	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Annexe 8

Masters 2 portant une mention santé publique dans un des niveaux d'intitulé proposés en 2009-2010 en France

UNIVERSITE	DOMAINE	MENTION	SPECIALITE	PARCOURS	Professionnel (P) Recherche (R)
Aix-Marseille II	Sciences de la santé	Santé publique	Encadrement des organisations de santé		P
Aix-Marseille II	Sciences de la santé	Santé publique	Expertise et ingénierie des systèmes d'information et de santé		P
Aix-Marseille II	Sciences de la santé	Santé publique	Handicap et santé		P
Aix-Marseille II	Sciences de la santé	Santé publique	Méthodes d'analyse des systèmes de santé		R
Aix-Marseille II	Sciences de la santé	Santé publique	Prévention et éducation pour la santé		P
Aix-Marseille II	Sciences de la santé	Santé publique	Qualité et gestion des risques en santé		P
Aix-Marseille II	Sciences de la santé	Santé publique	Problèmes de santé et développement des systèmes de santé dans les pays tropicaux		P
Bordeaux II	Sciences, technologies, santé	Santé publique	Biostatistique		R/P
Bordeaux II	Sciences, technologies, santé	Santé publique	Epidémiologie		R/P
Bordeaux II	Sciences, technologies, santé	Santé publique	Ingénierie des actions de santé		P
Bordeaux II	Sciences, technologies, santé	Santé publique	Santé internationale		P
Dijon	Sciences, technologies, santé	Biologie - Santé	Santé publique et environnement		R/P
Lille II	Santé sport, mention santé publique	Santé publique	Métiers de la recherche clinique, marketing et management en secteur biomédical		P
Lille II	Santé sport	Santé Publique	Qualité et gestion du risque	Qualité et Gestion du risque en santé	P
Lille II	Santé sport	Santé Publique	Qualité et gestion du risque	Qualité et gestion des risques environnementaux et sanitaires	P
Lille II	Santé sport	Santé publique	Recherche en santé publique	Biostatistiques et épidémiologie	R
Lille II	Santé sport	Santé publique	Recherche en santé publique	Analyse et évaluation	R
Lille II	Santé sport	Santé publique	Politiques et programmes de santé	Programmes de santé	P
Lille II	Santé sport	Santé publique	Politiques et programmes de santé	Education et santé (cohabilité avec Lille 3)	P
Lille II	Santé sport	Santé publique	Politiques et programmes de santé	Politiques de santé	P
Lille II	Santé sport	Santé publique	Recherche clinique, marketing et management en secteur biomédical	Marketing et management en secteur biomédical	P
Lille II	Santé sport	Santé publique	Recherche clinique, marketing et management en secteur biomédical	Evaluation et recherche clinique	P
Lille II	Santé sport	Santé publique	Santé, environnement et travail	Toxicologie environnementale et industrielle	P
Lille II	Santé sport	Santé publique	Santé, environnement et travail	Ergonomie, santé, développement	P
Lille II	Santé sport	Santé publique	Santé, environnement et travail	Santé, sécurité, travail et environnement	P
Lille II	Santé sport	Santé publique	Santé, environnement et travail	Droit de la santé au travail	P
Lille II	Santé sport	Santé publique	Sciences de l'information en santé publique	Informatique et statistiques pour les réseaux de soins	P
Lyon I	Sciences, Technologies, Santé	Santé - Populations	Actions de santé publique		R/P
Lyon I	Sciences, technologies, santé	Santé - Populations	Politiques de santé publique des maladies non transmissibles		R/P
Montpellier I	Sciences, technologies, santé	Biologie - Santé	Nutrition-agrovalorisation en santé publique	Nutrition dans les pays en voie de développement	P
Montpellier I	Sciences, technologies, santé	Biologie - Santé	Nutrition-agrovalorisation en santé publique	Sécurité sanitaire des aliments	P

UNIVERSITE	DOMAINE	MENTION	SPECIALITE	PARCOURS	Professionnel (P) / Recherche (R)
Paris XI - Sud	Sciences et technologies, santé	Santé publique	Economie de la santé		R
Paris XI - Sud	Sciences et technologies, santé	Santé publique	Epidémiologie		R
Paris XI - Sud	Sciences et technologies, santé	Santé publique	Méthodologie des interventions en santé publique		P
Paris XI - Sud	Sciences et technologies, santé	Santé publique	Recherche clinique		R
Paris XI - Sud	Sciences et technologies, santé	Santé publique	Surveillance épidémiologique des maladies humaines et animales		P
Paris XI - Sud	Sciences et technologies, santé	Santé publique	Biostatistiques		R
Paris XI - Sud	Sciences et technologies, santé	Santé publique	Génétiq ue statistique		R
Paris XI - Sud	Sciences et technologies, santé	Santé publique	Méthodologie et statistiques en recherche biomédicale		P
Paris XIII - Nord	Sciences, Technologies, Santé	Santé publique	Qualité des soins		R/P
Paris XIII - Nord	Sciences, technologies, santé	Santé publique	Education et santé		R/P
Paris XIII - Nord	Sciences, technologies, santé	Santé publique	Ingénierie des formations de santé		R
Paris XIII - Nord	Sciences, technologies, santé	Santé publique	Ingénieries sociales urbaines		R
Paris XIII - Nord	Sciences, technologies, santé	Santé publique	Maintenance, qualité, sécurité, environnement		P
Paris XIII - Nord	Sciences, technologies, santé	Santé publique	Nutrition humaine et santé publique		R
Paris XIII - Nord	Sciences, technologies, santé	Santé publique	Santé et sécurité au travail		R
Reims	Sciences, technologies, santé	Biologie, chimie, santé	Santé publique et environnement		R/P
Rennes I	Sciences, technologies, santé - Droit, économie, gestion	Santé publique	Modélisation en pharmacologie clinique et épidémiologie		R/P
Rennes I	Sciences, technologies, santé - Droit, économie, gestion	Santé publique	Méthodes de traitement de l'information biomédicale et hospitalière		R/P
Rennes I	Sciences, technologies, santé - Droit, économie, gestion	Santé publique	Droit et gouvernance du secteur sanitaire et social		P
Rennes I	Sciences, technologies, santé - Droit, économie, gestion	Santé publique	Economie et gestion des établissements sanitaires et sociaux		P
Rennes I	Sciences, technologies, santé - Droit, économie, gestion	Santé publique	Méthodes en santé publique et communautaire		P
Strasbourg	Sciences, technologies, santé	Santé publique et environnement	Epidémiologie, recherche clinique, évaluation		
Toulouse III	Sciences, technologies, santé	Santé publique	Epidémiologie clinique		R
Toulouse III	Sciences, technologies, santé	Santé publique	Gestion des institutions et services de santé		P
Versailles	Sciences et technologies, santé	Santé publique	Méthodologie des interventions en santé publique		P
Nancy I		Santé Publique - Environnement	Epidémiologie, recherche clinique et évaluation		R
Nancy I		Santé Publique - Environnement	Intervention et Promotion de la santé		R
Nancy I		Santé Publique - Environnement	Evaluation et gestion des risques environnementaux et professionnels		R
Paris V - Descartes	Sciences de la vie et de la santé	Santé publique	Biostatistiques		R
Paris V - Descartes	Sciences de la vie et de la santé	Santé publique	Epidémiologie		R
Paris V - Descartes	Sciences de la Vie et de la Santé	Santé publique	Informatique biomédicale		R
Paris V - Descartes	Sciences de la vie et de la santé	Santé publique	Ergonomie		R
Paris V - Descartes	Sciences de la Vie et de la Santé	Santé publique	Ethique		R
Paris V - Descartes	Sciences de la Vie et de la Santé	Santé publique	Prise en charge des victimes et des auteurs d'agression		P
Paris V - Descartes	Sciences de la Vie et de la Santé	Santé publique	Recherche clinique		R
Paris V - Descartes	Sciences de la vie et de la santé	Santé publique	Santé publique et environnement		R
Paris VI - Pierre et Marie Curie	Sciences et Technologies	Santé publique et Sciences Sociales	Épidémiologie		
Paris VI - Pierre et Marie Curie	Sciences et Technologies	Santé publique et Sciences Sociales	Santé, population et politiques sociales		
Paris VI - Pierre et Marie Curie	Sciences et Technologies	Santé publique et Sciences Sociales	Economie et management des systèmes de santé		
Paris VI - Pierre et Marie Curie	Sciences et Technologies	Santé publique et Sciences Sociales	Droit sanitaire et social		
Paris VI - Pierre et Marie Curie	Sciences et Technologies	Santé publique et Sciences Sociales	Risques sanitaires radionucléaires, biologiques, chimiques		
Paris VII - Jussieu	Sciences, technologies, santé	Santé Publique	Méthodes en évaluation thérapeutique: biostatistique, épidémiologie clinique		R
Paris VII - Jussieu	Sciences, technologies, santé	Santé Publique	Analyse et management des établissements de santé		P

Annexe 9

Masters 2 portant sur des disciplines proches de la santé publique proposés en 2009-2010 par les universités françaises

UNIVERSITE	DOMAINE	MENTION	SPECIALITE	PARCOURS	Professionnel (P) / Recherche (R)
Aix-Marseille II	Sciences Economiques et de Gestion	Information et Communication	Média santé et communication		P
Aix-Marseille II	Sciences de la santé	Ethique, sciences, santé et société	Ethique des pratiques scientifiques biomédicales et de la santé		R
Aix-Marseille II	Sciences de la santé	Industrie des produits de santé	Industrie des produits de santé		P
Aix-Marseille II	Sciences de la santé	Nutrition et sécurité alimentaire	Alimentation, nutrition, sécurité alimentaire		P
Aix-Marseille II	Sciences de la santé	Nutrition et sécurité alimentaire	Nutrition, sécurité alimentaire, approche moléculaire intégrée		R
Aix-Marseille II	Sciences de la santé	Pathologie humaine	Environnement et santé		R
Aix-Marseille II	Sciences de la santé	Pathologie humaine	Maladies transmissibles et pathologies tropicales		R
Aix-Marseille II	STAPS	Sciences et technologies	Ingénierie et ergonomie de l'activité physique et du sport		P
Aix-Marseille II	STAPS	Sciences et technologies	Management de la santé et du sport		P
Amiens	Sciences Technologies Santé	Santé	Management de la santé, de la sécurité et environnement au travail		P
		Sciences, technologies et organisation de la santé			
Angers	Sciences, technologies, santé		Modélisation en pharmacologie clinique et épidémiologie		R
			Développement pharmaceutique et fabrication industrielle des produits de santé		
Bordeaux II	Sciences, technologies, santé	Médicaments et produits de santé	Eau, santé, environnement		P
Bordeaux II	Sciences, technologies, santé	Médicaments et produits de santé	Méthodologie analytique appliquée aux produits de santé		P
Bordeaux II	Sciences, technologies, santé	Médicaments et produits de santé	Pharmaco-épidémiologie et pharmacovigilance		R/P
Bordeaux II	Sciences, technologies, santé	Médicaments et produits de santé	Stratégies juridiques et économiques de mise sur le marché des produits de santé		P
Bordeaux II	Sciences, technologies, santé	Médicaments et produits de santé			
Clermont-Ferrand I	Droit, Economie Gestion	Analyse économique et développement international	Economie de la santé dans les pays en développement et en transition		P
Dijon	Sciences, technologies, santé	Biologie - Santé	Qualité du médicament et produits de santé		P
				Analyse instrumentale	
Grenoble I	Sciences, technologies, santé	Ingénierie pour la santé et le médicament	Contrôle qualité, assurance qualité, méthodes de validation		P
Grenoble I	Sciences, technologies, santé	Ingénierie pour la santé et le médicament	Méthodes de recherche en environnement et santé		R
Lille III	Sciences humaines et sociales et sociales	Santé, prévention, rééducation	Education, santé		P
Limoges	Sciences, technologies, santé	Sciences de la vie et de la santé	Développement de produits de santé		P
				Epidémiologie, gestion des risques sanitaires	
Lyon I	Sciences et technologies et Santé	Santé - Populations	Epidémiologie et risques sanitaires		P
Lyon I	Sciences, technologies, santé	Génétique et biologie de la cellule	Infectiologie		P
Lyon I	Sciences, technologies, santé	Santé - Populations	Aide à la décision médico et pharmaco-économique		R
Lyon I	Sciences, technologies, santé	Santé - Populations	Education et promotion de la santé		R/P
Lyon I	Sciences, technologies, santé	Santé - Populations	Evaluation de santé et recherche clinique		R/P
Lyon I	Sciences, technologies, santé	Santé - Populations	Gestion des risques sanitaires		P
Lyon III	Droit et Science politique	Droit et management des structures sanitaires et sociales	Information médicale et management des structures de santé		R/P
			Management des industries pharmaceutiques et technologies médicales		
Lyon III	Économie et gestion	Management			P

UNIVERSITE	DOMAINE	MENTION	SPECIALITE	PARCOURS	Professionnel (P) / Recherche (R)
Marne-la-Vallée	Culture et sociétés	Philosophie pratique	Ethique médicale et hospitalière		P
Marne-la-Vallée	Entreprises, services	Ingénierie des services	Ingénierie de la protection sociale, des organisations de santé et de l'action sociale		R/P
Montpellier I	Sciences, technologies, santé	Biologie - Santé	Biodiversité et interactions microbiennes et parasitaires	Maladies infectieuses vectorielles et alimentaires	R
Montpellier I	Sciences, technologies, santé	Biologie - Santé	Ingénierie pour la santé	Management de projets environnementaux et santé	P
Montpellier I	Sciences, technologies, santé	Biologie - Santé	Ingénierie pour la santé	Management en industries de biotechnologies	P
Montpellier I	Sciences, technologies, santé	Biologie - Santé	Ingénierie pour la santé	Recherche en développement clinique	P
Montpellier I	Sciences, technologies, santé	Biologie - Santé	Statistiques en biologie santé	MSIAAP	P
Montpellier I	Sciences, technologies, santé	Biologie - Santé	Statistiques en biologie santé	Epidémiologie	R/P
Montpellier I	Sciences, technologies, santé	Biologie - Santé	Statistiques en biologie santé	Biostatistiques	R/P
Montpellier II	Sciences et technologies	Biologie-Santé	Nutrition, aliment, santé publique		P
Montpellier II	Sciences, technologies, santé	Biologie - Santé	Statistiques en biologie santé	Epidémiologie	R/P
Paris XI - Sud	Droit-Economie-Gestion - Sciences et technologies, santé	Ethique, science, santé et société	Ethique des pratiques de la santé, des soins et de l'institution hospitalière		R
Paris XI - Sud	Droit-Economie-Gestion - Sciences et technologies, santé	Ethique, science, santé et société	Ethique des pratiques de la recherche scientifique		R
Paris XI - Sud	Droit-Economie-Gestion - Sciences et technologies, santé	Ethique, science, santé et société	Recherche en éthique		R
Paris XI - Sud	Sciences et technologies, santé	Environnement	Evaluation et gestion des risques sanitaires liés à l'environnement		P
Paris XI - Sud	Sciences et technologies, santé	Médicaments et autres produits de santé	Qualité et produits de santé		P
Paris XI - Sud	Sciences et technologies, santé	Bioinformatique et biostatistique	Bioinformatique et biostatistique		P, R
Paris XII - Val de Marne	Sciences, technologie, santé	Biologie santé	Toxicologie, environnement et santé		R
Paris XII - Val de Marne	Sciences, technologie, santé	Biologie, Santé	Surveillance épidémiologique des maladies humaines et animales		P
Paris XII - Val de Marne	Sciences humaines et sociales	Géographie et aménagement	Environnement, santé , territoire		P,R
Paris XII - Val de Marne	Sciences, technologie, santé	Biologie, Santé	Recherche clinique		R
Paris XII - Val de Marne	Droit-Economie-Gestion	Management et santé	Droit de la bioéthique et droit de la santé		
Paris XIII - Nord	Sciences, technologie, santé	Santé et société ??	Santé, population et politiques sociales		R ??
Paris XIII - Nord	Sciences, technologies, santé	Informatique	Informatique biomédicale avec Paris 5		
Pau	Droit-Economie-Gestion	Droit public et administration publique	Droit et administration du secteur sanitaire et social		P
Poitiers	Droit-Economie-Gestion	Droit privé ou droit public	Droit de la santé		P
Poitiers	Droit-Economie-Gestion	Droit public	Droit et politiques sanitaires locales		P
Rennes I	Droit-Economie-Gestion	Droit public	Droit, santé, éthique		P
Rennes II	Sciences humaines et sociales	Psychologie	Psychologie sociale et communautaire de la santé		P
Rouen	Psychologie, sociologie, sciences de l'éducation	Sciences de l'éducation	Métiers de la formation, parcours ingénierie de l'éducation thérapeutique		P
Rouen	Sciences et techniques	Biologie, santé	Bio-informatique		P, R
Strasbourg	Sciences humaines et sociales	Ethique: vie, normes et sociétés	Ethique médicale et bioéthique		R
Toulouse II	Sciences humaines et sociales	Psychologie	Psychologie de la santé		P

UNIVERSITE	DOMAINE	MENTION	SPECIALITE	PARCOURS	Professionnel (P) / Recherche (R)
Tours	Sciences de la vie et de la santé	Biologie, santé, alimentation	Promotion et gestion de la santé		P
Tours		Droit public et privé	Droit de la santé		P
Valenciennes	Sciences et technologies	Qualité, Sécurité, Environnement	Qualité, Sécurité, Environnement		P
Nancy I		Ethique de la santé et médecine légale	Éthique, communication, expertises et droit de la personne		R
Paris I - Panthéon-Sorbonne	Sciences économiques et de gestion	Economie publique	Economie des systèmes de santé		P
Paris V - Descartes	Sciences de la Vie et de la Santé	Politiques de santé publique et sécurité sanitaire	Droit, économie et marketing des industries de santé		P
Paris V - Descartes	Sciences de la Vie et de la Santé	Politiques de santé publique et sécurité sanitaire	Evaluation et gestion des risques liés à l'environnement		P
Paris V - Descartes	Sciences de la Vie et de la Santé	Politiques de santé publique et sécurité sanitaire	Sécurité sanitaire et qualité des soins		P
Paris V - Descartes	Sciences juridiques, économiques et de gestion	Droit de la santé	Responsabilité et santé		R
Paris V - Descartes	Sciences juridiques, économiques et de gestion	Analyse économique, stratégie et management des organismes et industries de santé			
Nantes	Sciences, Technologies, Santé	Sciences biologiques et médicales	Développement et contrôle des produits de santé		P
Nantes	Droit, Economie, Gestion	Management	Marketing des produits et services de santé		P
Nantes	Droit, Economie, Gestion	Gestion et administration publiques	Gestion des organismes de protection et d'assurances sociales		P
Nantes	Sciences Humaines et Sociales	Santé-Social	Ingénierie et gestion des interventions sociales (IGIS)		P
Paris IX – Dauphine	Sciences des organisations et des marchés	Economie de la santé et des politiques sociales	Recherche en Economie de la santé et de la protection sociale		R
Paris IX – Dauphine	Sciences des organisations et des marchés	Economie de la santé et des politiques sociales	Economie et gestion de la santé		P
Paris IX – Dauphine	Sciences des organisations et des marchés	Economie de la santé et des politiques sociales	Économie et gestion des organisations médico-sociales		P
Paris IX – Dauphine	Sciences des organisations et des marchés	Système d'information	Gestion et Systèmes d'Information	Ingénierie du management en établissement de santé et médico-social	P
Nice	Sciences, technologies, santé	Ingénierie du système de santé	Qualité, sécurité, risque et ingénierie du management	ingénierie de l'information et de la décision en recherche clinique et technologique	P
Nice	Sciences, technologies, santé	Ingénierie du système de santé	Qualité, sécurité, risque et ingénierie de la décision	Ingénierie de l'information et de la décision en santé	P
Nice	Sciences, technologies, santé	Ingénierie du système de santé	Qualité, sécurité, risque et ingénierie de la décision		P
Nancy II	Gestion d'Entreprises, administration		Management des organisations du sanitaire et social		P
Paris VIII	Droit, Economie, Gestion	Droit de la santé	Droit de la gestion des établissements de santé, sanitaires, sociaux et médico-sociaux		P
Paris VIII	Droit, Economie, Gestion	Droit de la santé	Droit de la santé, médical et médico-social		R
Paris VIII	Droit, Economie, Gestion	Droit de la santé	Propriété Industrielle et industries de santé		P
Paris X	Droit, Economie, Gestion	Droit Social	Droit de la santé et de la protection sociale		P
INP Grenoble	Sciences, technologies, santé	Ingénierie pour la santé et le médicament	Méthodes de Recherche en Environnement et Santé		R
Lille I	Droit-Economie-Gestion	Ingénierie et management	Marketing et management des entreprises du secteur de santé		P
Lille I	Sciences Economiques et de Gestion	Ingénierie et Management	Management des Entreprises du Secteur de la Santé		P

Annexe 10

Synthèse des propositions du CLISP concernant les modalités pratiques d'organisation de la formation dans le cadre du DES SP (49)

A - Formation théorique

1. Utilisation du référentiel de compétences, en cours d'élaboration, pour définir les modules d'enseignements à valider et les compétences à acquérir au cours du DES.
2. Un portfolio précisant les compétences à acquérir délivré à chaque interne.
3. Formation spécifique aux internes du DES de Santé Publique et Médecine Sociale par des séminaires organisés au niveau local, interrégional et national avec reconnaissances des acquis.
4. Facilitation de l'accès à un master 2 au cours du DES, et mise en œuvre des connaissances acquises par sa réalisation au cours de deux stages de DES consécutifs au sein de la même structure.

B - Formation pratique

1. Répartition des stages en 6 grands pôles d'activités.
2. Dans les villes qui ne peuvent proposer une offre de stage suffisamment diversifiée, et pour les pôles non disponibles, accès non limité aux stages de l'interrégion pour les internes.
3. Maintien en sus des procédures de choix hors subdivision.
4. Validation du DES de Santé Publique conditionnée à la réalisation de stages dans 4 des 6 pôles définis, à la validation des modules d'enseignements inscrits à la maquette du DES, ainsi qu'à l'acquisition des compétences techniques nécessaires attestée par le portfolio.

C - Post internat

1. Augmentation des postes de CCA/AHU de santé publique, afin de répondre au besoin croissant d'enseignement en santé publique au cours du cursus médical, ainsi qu'aux besoins d'activités de recherche et de gestion des activités de soins.
2. Ouverture en parallèle de postes de CCA détachés.

Résumé de la thèse en anglais

The public health medical specialist training in France

Configuration of postgraduate education and satisfaction of trainees

The postgraduate medical specialist training in Public Health in France has undergone no modification for the past 20 years, whilst the legal framing of the discipline has been redefined and the fields of action of the medical specialist progressively extended in the period.

We present the results of a survey conducted by the national medical specialist trainees' association (CLISP) in 2009 to describe the configuration of the postgraduate medical education in public health in France, the satisfaction level of trainees and the main bearings of their courses.

The survey had two sections: the first one described the configuration of the postgraduate public health medical education programs and was completed by the trainees' local referee. The second one was sent to all postgraduate public health medical students and aimed to describe their satisfaction level and their courses.

All referees ($n = 26$), and 173 trainees (70,6%) participated. Our results revealed a heterogeneous configuration of the postgraduate programs both from a national and a regional perspective. The diversity of trainings is little (only one region offered trainings in all the identifiable fields of activity of the medical specialist) and academic courses are underdeveloped (students had no lecture in 8 universities (29,6%) and less than recommended in half of the 18 others). Notwithstanding this, the overall satisfaction was high (93,6%), as was satisfaction with the trainings (87,9%). Academic courses were on the opposite severely jugged (26,6%).

This survey allowed for the description of the configuration of postgraduate medical training in public health in France in 2009. It has also allowed for the identification of needs for improvement. The high satisfaction level of trainees is possibly related to good supervision in trainings and to the low constraints of postgraduate programs that allow easy adaptation of the courses to individual professional expectations.