



COLLÈGE DE LIAISON
DES INTERNES
DE SANTÉ PUBLIQUE

ENQUETE SUR LE DEVENIR DES ANCIENS INTERNES DE SANTE PUBLIQUE

Rapport final – Mars 2018

José GUERRA, Frédéric DUGUÉ

Résumé

Le diplôme d'études spécialisées (DES) de santé publique a été créé en 1984 comme une voie de spécialisation d'excellence dédiée aux approches populationnelles de la santé. Le Collège de Liaison des Internes de Santé Publique (CLISP) a souhaité réaliser une description aussi exhaustive que possible de la carrière des anciens internes de santé publique (AISP) à travers leurs formations, domaines d'activités et structures d'exercice. Une enquête transversale par questionnaire en ligne a été conduite au premier semestre 2012 auprès des médecins spécialistes ayant validé le DES de santé publique. Une analyse statistique descriptive des données collectées a été réalisée.

Les réponses de 563 AISP de toutes anciennetés et issus de toutes les interrégions de formation ont été obtenues. Parmi eux, 98 % exerçaient une activité professionnelle au moment de l'enquête. Les deux principales structures d'exercice de ces AISP étaient les établissements publics de santé (56 %, avec une surreprésentation en début de carrière) et l'administration publique (16 %, plus fréquemment en cas d'ancienneté plus élevée). Le reste des répondants était réparti dans des structures de types très variés. Lors de l'enquête, le principal domaine d'activité était l'épidémiologie, la recherche clinique ou les biostatistiques pour 37 % des répondants, l'information médicale pour 19 % d'entre eux, puis les politiques de santé et l'organisation des soins pour 14 %. La majorité des AISP déclarait au moins une activité complémentaire. Leur rémunération était liée au type de structure d'exercice. Elle augmentait avec l'ancienneté de la carrière et était plus élevée chez les hommes. Le délai rapporté entre la validation du DES et l'obtention d'un premier poste était inférieur à 1 mois pour 98 % des AISP, le délai moyen entre deux postes successifs était également inférieur à 1 mois pour 88 % d'entre eux. Parmi les AISP, 40 % avaient exercé dans au moins 2 types de structures d'exercice différents au cours de leur carrière et 73 % dans aux moins deux domaines d'activité principaux différents, ces nombres augmentant avec l'ancienneté. Lors de leur DES, les AISP avaient orienté leur formation principalement vers l'épidémiologie, la recherche clinique ou les biostatistiques dans 59 % des cas. Un master 2 avait été obtenu par 88 % des AISP, une thèse de science avait été soutenue ou était en cours de préparation par 29 %, sans différence selon l'ancienneté dans un cas comme dans l'autre. La formation pratique reçue dans le cadre du DES était jugée très utile ou indispensable par 73 % des AISP, la formation théorique par 43 %. Les AISP se disant très ou complètement satisfaits de leur parcours professionnel étaient 68 %, sans différence significative selon le domaine d'activité principal, mais avec une satisfaction plus élevée en cas de concordance entre l'orientation principale donnée au DES et l'activité principale au moment de l'enquête. La proportion d'AISP très ou complètement satisfaits d'avoir réalisé le DES de santé publique était également de 68 %.

Cette enquête est la première d'une telle ampleur, avec une participation supérieure à 45 % de l'ensemble des AISP diplômés depuis la création du DES. Outre un taux d'emploi proche de 100 %, la satisfaction des répondants quant à leur carrière était particulièrement élevée. La diversité des activités exercées ainsi que la mobilité importante entre différents domaines d'activité et structures d'exercice étaient remarquables.

Les résultats ont également révélé une influence importante de la formation initiale sur le devenir professionnel : l'interrégion d'origine influait sur l'orientation principale initialement donnée au DES, la structure d'exercice, le domaine d'activité principal, le nombre de types de structures d'exercice différents au cours de la carrière, ainsi que le jugement porté sur la formation. Le DES étant aujourd'hui la principale voie d'accès à la spécialité médicale de santé publique, ces résultats devraient alimenter une réflexion prospective sur l'adéquation entre formation initiale et réponse aux besoins, tant quantitativement (effectifs formés) que qualitativement (multidisciplinarité des orientations).

Table des matières

Résumé.....	2
Abréviations et acronymes	4
1 Introduction	5
2 Population et méthodes.....	7
2.1 Schéma et objectifs de l'étude	7
2.2 Population d'étude.....	7
2.2.1 Critères d'inclusion	7
2.2.2 Mode de recrutement de l'échantillon.....	7
2.3 Données collectées.....	8
2.3.1 Variables collectées	8
2.3.2 Mode de collecte	8
2.4 Analyse des données	10
2.4.1 Création de variables	10
2.4.2 Description des données.....	11
2.4.3 Considérations éthiques et protection des données	12
3 Résultats	13
3.1 Participation à l'étude	13
3.2 Caractéristiques sociodémographiques.....	13
3.3 Situation professionnelle actuelle	14
3.4 Parcours professionnel	22
3.5 Formation.....	28
4 Discussion.....	38
4.1 Principaux résultats	38
4.2 Représentativité et validité des résultats	39
4.3 Mise en perspective et implications des résultats.....	40
5 Références	46

Abréviations et acronymes

AHU : assistant hospitalo-universitaire

AISP : ancien interne de Santé publique

CCA : chef de clinique des universités – assistant des hôpitaux

CHU : centre hospitalier universitaire

CLISP : Collège de Liaison des Internes de Santé Publique

DES : diplôme d'études spécialisées

DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaire

DU, DIU : diplôme universitaire, diplôme interuniversitaire

MISP : médecin inspecteur de santé publique

MCU-PH : maître de conférence des universités – praticien hospitalier

ONG : organisation non gouvernementale

PH : praticien hospitalier

PU-PH : professeur des universités – praticien hospitalier

SNSP : Syndicat national des médecins spécialistes de Santé publique

1 Introduction

La spécialité médicale de santé publique a été créée par le vote de la loi relative aux études médicales et pharmaceutiques du 23 décembre 1982 et la parution du décret du 9 juillet 1984. Soutenue par Alain SAVARY et Jack RALITE, respectivement ministres de l'Éducation Nationale et de la Santé, cette loi créa la *filiale santé publique*, qui regroupait initialement 3 diplômes d'études spécialisées (DES), ensuite distingués : *santé communautaire et médecine sociale, médecine du travail et médecine légale*. Le DES de *santé publique et médecine sociale*, tel qu'on l'a connu jusqu'à la réforme du 3^e cycle des études médicales de 2016-2017, fut créé par l'arrêté du 23 mai 1990. D'une durée de 4 ans, il incluait une formation théorique – 250 heures d'enseignements prévus – et pratique – 8 semestres de stages dont 4 agréés pour le DES et au moins un extrahospitalier. Depuis la création du DES, l'accès à la spécialité est également possible par d'autres voies de qualification¹, notamment empruntées par de nombreux médecins dont la formation initiale a eu lieu avant 1984.

Pour la spécialité de santé publique nouvellement créée, l'enjeu était d'acquérir une légitimité au sein de la profession médicale, tout en investissant un champ d'intervention non clinique et aux multiples facettes, au sein duquel exerçaient depuis longtemps des médecins d'autres spécialités, ainsi que d'autres professionnels (Alves de Rezende 2010). La question essentielle posée par la création du DES de santé publique était donc – et reste sans doute en partie – celle de la définition des missions et du champ d'action du médecin spécialiste de santé publique.

En guise de tentative de réponse à cette question, on peut s'intéresser à la façon dont les promoteurs de la filière de santé publique ont pu rendre possible sa création, c'est-à-dire en permettant la rencontre fructueuse entre un projet pédagogique et un projet politique (*Ibid.*). Le projet pédagogique, porté par quelques universitaires issus d'univers aussi différents que la santé communautaire et la biostatistique, consistait à créer une voie de spécialisation d'excellence, conférant une grande légitimité et une connaissance approfondie des méthodes de mesure et d'analyse de l'état de santé des populations, tout en intégrant la transversalité des approches populationnelles de la santé. Le projet politique, lui, trouve ses racines dans le rapport SELIGMANN de 1981², qui a largement inspiré la loi de 1982 (Bercelli 1986). Ainsi, la création de la filière santé publique témoigne à l'époque de « *l'importance que le gouvernement attache au développement de la prévention et de la prise en charge de la dimension collective des problèmes de santé* », le propre de l'activité de santé publique étant « *un abord communautaire et panoramique des problèmes de santé* ». En pratique, l'idée était de former en nombre limité des médecins exerçant exclusivement dans les disciplines de la santé publique, qui soient à même de contribuer à doter la France d'une politique de santé publique structurée.

La seconde approche consiste à analyser *a posteriori* quelles évolutions a connues l'internat de santé publique, à la fois en termes de gouvernance et de débouchés professionnels. En tant que formation universitaire, le DES a connu des difficultés et rencontré des problèmes de visibilité : il a fait l'objet d'un regroupement avec la filière des spécialités médicales entre 1987 et 1990 (aboutissant à une réduction drastique du nombre d'internes formés), de menaces de suppression dès les premières années (*Ibid.*), de tentatives de réductions du nombre de postes ouverts. Toute stratégie vis-à-vis des effectifs de la spécialité est du reste restée peu lisible ou absente, de même qu'aucune définition institutionnelle du rôle de médecin spécialiste de santé publique par l'État n'a été proposée. Cela n'a cependant pas empêché les médecins diplômés d'investir rapidement de nombreux domaines et secteurs d'activités, en bénéficiant d'opportunités telles que le développement, par

¹ Commissions ordinales (devant lesquelles il faut justifier de compétences et connaissances similaires à celles acquises à l'issue du DES) et équivalence européenne

² *Propositions pour la réforme des études médicales*, groupe de travail du Ministère de l'Éducation Nationale, décembre 1981

exemple, de la recherche clinique ou des systèmes d'information hospitaliers (Santé Publique Île-de-France 1995; Alves de Rezende 2010). Cette grande diversité d'orientations possibles dans le panorama de la santé publique a d'ailleurs pu faire craindre, compte tenu du faible nombre de professionnels formés, une forme d'« éparpillement » (Bérard 2007). Ce double constat peut ainsi pousser à considérer que, contrairement à sa création, le développement de la spécialité de santé publique s'est fait sans projet directeur clair.

Les connaissances sont longtemps restées limitées, tant du point de vue des caractéristiques de la formation pendant le DES qu'en matière de débouchés professionnels à l'issue de celui-ci. Sur ce second point, la principale enquête a été réalisée en 1995 par l'association des internes de santé publique parisiens³ auprès de 157 anciens internes de toute la France ayant achevé leur internat avant 1994 (Santé Publique Île-de-France 1995). Une étude de 1999 s'est ensuite intéressée aux activités de 83 internes d'Île-de-France pendant leur formation (Perrillat et Goldberg 1999). Enfin, de façon à objectiver certaines difficultés perçues par les internes dans le cadre de leur DES, le Collège de Liaison des Internes de Santé Publique (CLISP)⁴ s'est attaché en 2009 à décrire l'offre de formation et la satisfaction des internes de toute la France vis-à-vis du DES de santé publique et médecine sociale auprès d'un échantillon de 173 internes (Alves de Rezende 2010).

Étape consécutive dans cette démarche d'objectivation, la réalisation d'un panorama aussi exhaustif que possible des carrières, champs de compétences et secteurs d'exercice des anciens internes de santé publique (AISP) apparaissait doublement indispensable. Il s'agissait, en apportant des informations factuelles, à la fois de rendre compte de la richesse de la spécialité et de mieux connaître ses débouchés, pour accompagner de façon pertinente les évolutions de la formation offerte dans le cadre du DES.

³ Santé Publique Île-de-France (le SPI)

⁴ Fondé en 1988, le CLISP est une association loi 1901 ayant pour but de favoriser les liens et échanges entre internes, de contribuer à l'amélioration de la formation offerte pendant l'internat et de promouvoir la spécialité de santé publique.

2 Population et méthodes

2.1 Schéma et objectifs de l'étude

Une étude transversale a été réalisée auprès des médecins spécialistes de santé publique ayant validé le DES de Santé publique et médecine sociale⁵, en France, depuis la création de la spécialité en 1984⁶, afin de :

- décrire et analyser leur activité professionnelle ;
- décrire la formation et la carrière des AISP.

2.2 Population d'étude

2.2.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions de l'étude étaient :

- médecin spécialiste de santé publique vivant ;
- validation du DES de Santé publique et médecine sociale (ou son prédécesseur, le DES de Santé communautaire et médecine sociale).

2.2.2 Mode de recrutement de l'échantillon

2.2.2.1 Constitution de la base d'échantillonnage initiale

Trois annuaires de médecins spécialistes de santé publique étaient disponibles au début de l'étude :

- annuaire du CLISP : noms et adresses courriel des anciens adhérents au CLISP ;
- annuaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins : adresses, lieux d'activité, noms ;
- annuaire du Syndicat national des médecins spécialistes de Santé publique (SNSP) : noms et adresses courriel des médecins spécialistes adhérents.

En complément de ces annuaires, des AISP et internes de santé publique avaient mis à disposition du CLISP leur carnet d'adresses.

Ces sources de données ont été fusionnées pour obtenir une liste d'adresses courriel unique. L'adresse courriel constituait l'identifiant de chaque participant.

2.2.2.2 Contact des participants

Chaque participant a été contacté par courriel et les objectifs de l'enquête lui ont été expliqués. Chaque participant était alors invité à participer à l'étude en se connectant à un questionnaire en ligne.

2.2.2.3 Complétion de la base d'échantillonnage

Lors de la réponse au questionnaire, il était demandé au répondant de fournir les adresses électroniques d'au moins 4 confrères médecins spécialistes de santé publique afin d'obtenir un effet « boule de neige ». Ces adresses courriel supplémentaires ont été ajoutées à la base d'échantillonnage de l'enquête de manière automatisée. Pour éviter les doublons, une vérification manuelle de la base avait lieu après chaque nouvel ajout.

⁵ Ou son prédécesseur, celui de Santé communautaire et médecine sociale

⁶ Dénommés anciens internes de santé publique, ou AISP, dans la suite de ce rapport

2.2.2.4 Relances

En l'absence de saisie en ligne du questionnaire, une relance automatique par courriel était adressée 4 semaines puis 8 semaines suivant le premier envoi. À l'issue de ces 3 notifications, aucune relance supplémentaire n'a été réalisée.

2.3 Données collectées

2.3.1 Variables collectées

Les variables collectées auprès des médecins de santé publique participants qui répondaient aux critères d'inclusion sont présentées au Tableau 1.

2.3.2 Mode de collecte

Les données ont été recueillies sur un questionnaire en ligne grâce au logiciel LimeSurvey⁷. Le questionnaire était associé à une table de données dédiée aux invitations, où chaque adresse électronique était associée à un identifiant unique, afin :

- de restreindre l'accès au questionnaire aux seuls participants invités ;
- pour chaque personne invitée, de suivre l'état de réalisation du questionnaire, d'envoyer des relances par courriel uniquement si nécessaire et de suivre le nombre de relances effectuées ;
- de permettre aux participants d'interrompre la saisie et de la reprendre lors d'une autre connexion.

⁷ www.limesurvey.org/fr

TABLEAU 1. VARIABLES COLLECTÉES PAR LE QUESTIONNAIRE

Caractéristiques sociodémographiques	Situation professionnelle	Parcours professionnel	Formation
Sexe	Situation professionnelle actuelle ^a	Nombre de postes différents occupés	Formations complémentaires réalisées ^f
Année de validation du DES	Structure d'exercice actuelle principale ^b	Délai d'obtention du premier poste	Réalisation de formations complémentaires à l'étranger
Ville de validation du DES	Statut professionnel actuel principal ^c	Délai moyen lors des changements de poste	Réalisation d'un DESC
	Domaine d'activité actuel principal ^d	Structures d'exercice au cours du parcours ^b	DESC réalisé ^g
	Autres domaines d'activité actuels ^d	Domaines d'activités au cours du parcours ^d	Orientation principale du DES ^d
	Poste actuellement occupé	Satisfaction concernant le parcours professionnel ^e	Jugement porté sur la formation théorique et pratique reçue au cours du DES ^h
	Exercice en France ou à l'étranger		Satisfaction par rapport au fait d'avoir réalisé le DES ^e
	Rémunération mensuelle nette moyenne en 2011		
	Exercice d'activités d'enseignement ou de recherche en 2010-2011		

- a. Modalités proposées : en cours d'exercice, sans exercice, en recherche d'emploi, en formation, autre
- b. Modalités proposées : travailleur indépendant, établissement public de santé, établissement privé de santé à but lucratif ou non lucratif, administration centrale, agence nationale, agence régionale de santé, collectivité territoriale, organisation internationale, fondation / association / ONG, organisme de recherche publique, organisme de recherche privé, industrie pharmaceutique, cabinet de conseil, fabricant ou distributeur de matériel médical, compagnie d'assurance, autre
- c. Modalités proposées : salarié, attaché, AHU, PH, MCU-PH, PU-PH, MISP, médecin de la sécurité sociale, autoentrepreneur, autre
- d. Modalités proposées : activité clinique, bio-informatique, démarche statistique, économie de la santé, épidémiologie, évaluation, gestion d'établissement, gestion de l'offre de soins, information médicale, informatique médicale, marketing, politiques de santé, prévention et promotion de la santé, qualité et sécurité des soins, recherche clinique, sciences de l'éducation, sciences de l'environnement, sciences humaines et sociales, autre
- e. Modalités proposées : pas du tout satisfait, peu satisfait, assez satisfait, très satisfait, complètement satisfait
- f. Modalités proposées : un master 2 ou équivalent, plusieurs masters 2 ou équivalents, un diplôme universitaire, plusieurs diplômes universitaires, thèse de science, école de commerce, Sciences Po, ENA, école d'ingénieur, formation de MISP, formation de médecin de sécurité sociale, autre
- g. Modalités proposées : addictologie, allergologie et immunologie clinique, andrologie, cancérologie, dermatopathologie, fœtopathologie, hémobiologie-transfusion, médecine légale et expertises médicales, médecine du sport, médecine vasculaire, nutrition, pathologie infectieuse et tropicale clinique et biologique, pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques, gériatrie, autre
- h. Modalités proposées : inutile, peu utile, assez utile, très utile, indispensable

2.4 Analyse des données

2.4.1 Création de variables

Durée : délai, en 2012, depuis l'année de validation du DES.

Région : regroupement des subdivisions par interrégions de DES :

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

Diversité de l'offre de formation pratique dans la subdivision de DES en 2008-2009 (issue des résultats de l'enquête *DES de Santé publique*, CLISP, 2008-2009) : nombre de pôles d'activité couverts parmi 6 (gestion de la qualité, de la sécurité des soins et de l'information médicale ; biostatistiques, épidémiologie et recherche clinique ; administration de la santé ; économie et évaluation en santé ; industrie et conseil ; prévention et santé des populations) :

- de 1 à 3 pôles de formation : Amiens, Besançon, Brest, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Limoges, Nancy, Nice, Rennes, Rouen ;
- de 4 à 6 pôles de formation : Angers, Bordeaux (incluant Antilles-Guyane et Océan Indien), Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Strasbourg, Toulouse, Tours.

Regroupement des **structures d'activité** en 6 catégories :

- administration publique (ministère de la Santé, agences nationales et régionales de santé, collectivités territoriales) : administration centrale, agence nationale, administration locale, collectivité territoriale, organismes de sécurité sociale ;
- établissement privé de santé à but lucratif ou non lucratif ;
- établissement public de santé (y compris CHU, où l'université est l'employeur principal des personnels hospitalo-universitaires) ;
- organismes de recherche publique ;
- secteur privé hors hospitalisation (cabinet de conseil, indépendant, industrie, industrie pharmaceutique) : cabinet de conseil, compagnie d'assurance, travailleur indépendant, fabricant ou distributeur de matériel médical, industrie pharmaceutique, organisme de recherche privé ;
- autres : fondation / association / organisation non gouvernementale (ONG), organisation internationale, service de santé des armées, groupement d'intérêt public.

Regroupement des **statuts** en 5 catégories :

- assistant (AHU, CCA, assistant spécialiste) ;
- salarié (hors corps d'état classés en « autres ») ;
- statut hospitalier (y compris contractuel) et équivalent dans les centres de lutte contre le cancer : PH, attaché ;
- statut hospitalo-universitaire (et équivalent dans le Service de santé des armées) : MCU-PH, PU-PH ;

- autres : libéral, médecin militaire, médecin de la sécurité sociale, médecin inspecteur de santé publique (MISP).

Regroupement des **activités** en 7 domaines d'activités :

- activité clinique ;
- épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques : épidémiologie (y compris veille sanitaire et pharmacoépidémiologie), recherche clinique, biostatistiques ;
- information médicale ;
- politique de santé et organisation des soins : économie de la santé, gestion d'établissement, gestion de l'offre de soins, politiques de santé, évaluation ;
- prévention et promotion de la santé ;
- qualité et sécurité des soins (y compris hygiène hospitalière et vigilances sanitaires) ;
- autres : informatique médicale, marketing, sciences de l'environnement, sciences humaines et sociales (y compris éthique et droit), bio-informatique, sciences de l'éducation.

Nombre d'autres activités actuelles : nombres de domaines d'activités pour lesquels les répondants ont répondu avoir d'autres activités en cours en plus de leur domaine d'activité principale.

Nombre de types de structures différentes au cours de la carrière : nombre de types de structures différentes au sein desquels les répondants ont répondu avoir travaillé au cours de leur carrière (en incluant la structure actuelle d'exercice).

Nombre de domaines d'activité différents au cours de la carrière : nombre de domaines d'activités différents pour lesquels les répondants ont déclaré avoir travaillé (domaines d'activités actuels inclus).

Concordance entre orientation principale au cours du DES et domaine d'activité actuelle, hors catégorie « autre ».

Concordance entre orientation principale au cours du DES et domaine d'activité au cours de la carrière, hors catégorie « autre ».

2.4.2 Description des données

Une analyse descriptive des données a été réalisée. Dans le but d'éviter les doubles réponses et de ne retenir que celles validées par les répondants, seules les réponses complètes (saisie terminée) ont été analysées.

Lors de l'étude d'association de variables, les tests suivants étaient réalisés en bilatéral avec un seuil de signification fixé à 5 % :

- association de variables qualitatives : tests du χ^2 , ou simulations de Monte-Carlo (2000 itérations) si effectifs théoriques inférieurs à 5 ;
- association d'une variable qualitative avec une variable quantitative : tests de Student, ou tests de Wilcoxon si effectifs inférieurs à 30 dans un des groupes.

Le logiciel statistique R a été utilisé⁸.

⁸ R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. [R-project.org](https://www.R-project.org)

2.4.3 Considérations éthiques et protection des données

Une déclaration normale a été réalisée auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés pour la présente étude au nom du CLISP (numéro 1554861 v o). Si une table de données a été utilisée dans LimeSurvey pour la gestion des invitations, au cours de la période de recueil des données, les réponses n'étaient en revanche pas reliées aux identifiants, mais enregistrées d'emblée de manière totalement anonyme.

Les fichiers de données étaient protégés par un logiciel (TrueCrypt⁹) utilisant un algorithme de chiffrement (du type AES-256), et stockés sur les disques durs de l'ordinateur de l'investigateur chargé de leur analyse. Seuls les investigateurs et enquêteurs de l'étude ont eu accès aux données recueillies. L'accès à la base de données en ligne était protégé par un mot de passe. Aucune diffusion aux personnes extérieures à l'étude n'a été et ne sera autorisée.

⁹ truecrypt.org

3 Résultats

3.1 Participation à l'étude

Au total, 1 229 personnes ont été contactées au cours du premier semestre 2012 pour participer à l'enquête. Parmi elles, 55,7 % (n=685) ont été contactées secondairement grâce aux coordonnées fournies par les répondants. Parmi les personnes contactées, 62,3 % (n=766) ont complété le questionnaire. Parmi elles, 563 étaient des médecins spécialistes de santé publique ayant validé le DES de santé publique : leurs réponses ont fait l'objet des analyses.

3.2 Caractéristiques sociodémographiques

La répartition des AISP selon leur ancienneté, calculée à partir de l'année déclarée de validation du DES, est présentée en Figure 1.

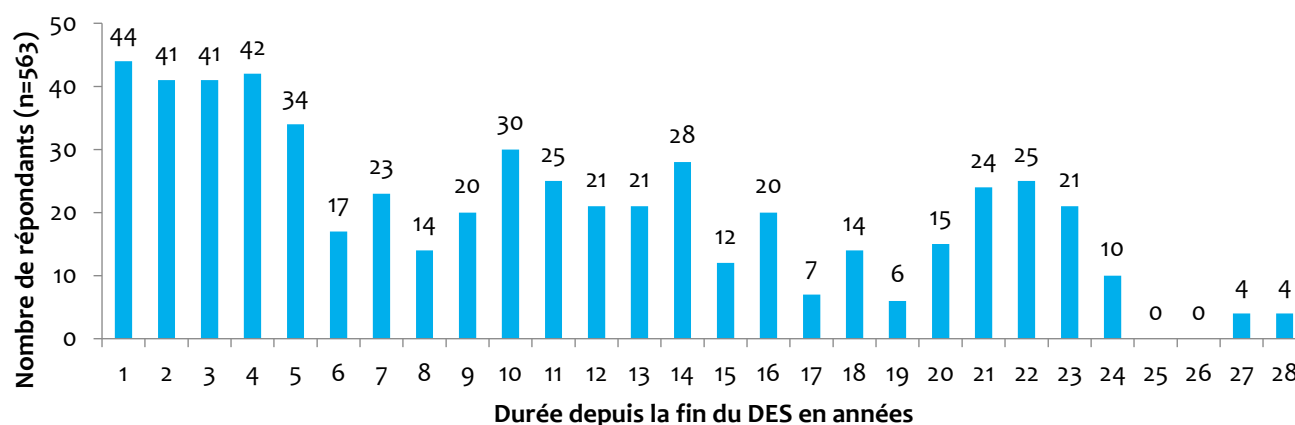


FIGURE 1. DISTRIBUTION DES REpondANTS SELON LEUR ANCIENNETE

L'ancienneté depuis la validation du DES avait pour médiane 10 ans (n=563, 10^e-90^e percentiles : 2-22 ans). Pour la suite de la description, les AISP ont été répartis en classes d'âge d'ancienneté, comme indiqué dans le Tableau 2.

TABLEAU 2. CLASSE D'AGE D'ANCIENNETE

Classe d'âge depuis la validation du DES	Effectifs (n=563)	%
≤ 5 ans	202	35,9
> 5 et ≤ 10 ans	104	18,5
> 10 et ≤ 15 ans	107	19,0
> 15 ans	150	26,6

Les femmes représentaient 56,3 % de l'échantillon (n=317/563). Le *sex-ratio* n'était pas significativement différent selon la classe d'âge d'ancienneté (p=0,36).

Les AISP étaient issus de l'ensemble des interrégions de DES (voir Tableau 3).

TABLEAU 3. INTERREGION DE VALIDATION DU DES

Interrégion de validation du DES	Effectifs (n=563)	%	Détail
Île-de-France	157	27,9	Paris (n=157)
Sud-Ouest	94	16,7	Bordeaux (n=51), Toulouse (n=35), Limoges (n=5), Antilles-Guyane (n=3), Océan Indien (n=0)
Nord-Est	75	13,3	Nancy (n=28), Besançon (n=15), Strasbourg (n=13), Reims (n=11), Dijon (n=8)
Nord-Ouest	65	12,1	Lille (n=30), Rouen (n=18), Caen (n=9), Amiens (n=8)
Ouest	61	10,8	Nantes (n=10), Poitiers (n=10), Tours (n=15), Rennes (n=14), Angers (n=7), Brest (n=5)
Sud	56	9,9	Marseille (n=32), Montpellier (n=19), Nice (n=5)
Rhône-Alpes Auvergne	55	9,8	Lyon (n=34), Grenoble (n=11), Clermont-Ferrand (n=10), Saint-Étienne (n=0)

3.3 Situation professionnelle actuelle

La quasi-totalité des AISP exerçait une activité au moment de l'enquête (98,4 %, n=554/563). Plus de la moitié d'entre eux étaient en poste dans un établissement public de santé (56,1 %, n=312/556), voir Tableau 4.

TABLEAU 4. STRUCTURE D'EXERCICE AU MOMENT DE L'ENQUETE

Structure d'exercice au moment de l'enquête	Effectifs (n=556)	%	Détail
Établissement public de santé	312	56,1	
Administration publique	88	15,8	Agence nationale (n=28), ARS (n=27), administration centrale (n=13), collectivité territoriale (n=13), organisme de sécurité sociale (n=7)
Autres	51	9,2	Association (n=32), organisation internationale (n=9), service de santé des armées (n=6), groupement d'intérêt public (n=3), autre non précisé (n=1)
Secteur privé hors hospitalisation	36	6,5	Industrie pharmaceutique (n=17), cabinet de conseil (n=7), autre industrie (n=5), organisme de recherche privé (n=3), compagnie d'assurance (n=2), indépendant (n=2)
Établissement privé de santé	35	6,3	
Organisme de recherche publique	34	6,1	

La proportion d'AISP exerçant dans un établissement public de santé était plus importante dans les classes d'âges les plus jeunes. En regard, la proportion d'AISP exerçant dans une administration publique était plus importante dans les classes d'âge les plus anciennes (voir Tableau 5).

TABLEAU 5. STRUCTURE ACTUELLE D'EXERCICE EN FONCTION DE L'ANCIENNETE

p=0,034 Structure d'exercice	Classe d'âge d'ancienneté depuis la validation du DES, n (%)			
	≤ 5 ans (n=196)	> 5 et ≤ 10 ans (n=103)	> 10 et ≤ 15 ans (n=107)	> 15 ans (n=150)
Établissement public de santé	128 (65,3)	58 (56,3)	52 (48,6)	74 (49,3)
Administration publique	18 (9,2)	15 (14,6)	21 (19,6)	34 (22,7)
Autres	16 (8,2)	9 (8,7)	11 (10,3)	15 (10,0)
Secteur privé hors hospitalisation	10 (5,1)	6 (5,8)	8 (7,5)	12 (8,0)
Établissement privé de santé	12 (6,1)	6 (5,8)	5 (4,7)	12 (8,0)
Organisme de recherche publique	12 (6,1)	9 (8,7)	10 (9,3)	3 (2,0)

La structure actuelle d'exercice variait selon l'interrégion de formation (voir Tableau 6).

TABLEAU 6. STRUCTURE ACTUELLE D'EXERCICE SELON L'INTERREGION DE FORMATION

p=0,0005 Structure d'exercice	Interrégion de formation pour le DES, n (%)						
	Île-de-France (n=154)	Nord-Est (n=75)	Nord-Ouest (n=65)	Ouest (n=59)	Rhône-Alpes Auvergne (n=55)	Sud (n=55)	Sud-Ouest (n=93)
Établissement public de santé	60 (39,0)	47 (62,7)	45 (69,2)	43 (72,9)	34 (61,8)	36 (65,5)	47 (50,5)
Administration publique	30 (19,5)	12 (16,0)	13 (20,0)	6 (10,2)	5 (9,1)	5 (9,1)	17 (18,3)
Autres	17 (11,0)	4 (5,3)	2 (3,1)	6 (10,2)	3 (5,5)	7 (12,7)	12 (12,9)
Secteur privé hors hospitalisation	18 (11,7)	6 (8,0)	2 (3,1)	2 (3,4)	3 (5,5)	3 (5,5)	2 (2,2)
Établissement privé de santé	11 (7,1)	4 (5,3)	2 (3,1)	1 (1,7)	8 (14,5)	2 (3,6)	7 (7,5)
Organisme de recherche publique	18 (11,7)	2 (2,7)	1 (1,5)	1 (1,7)	2 (3,6)	2 (3,6)	8 (8,6)

La structure actuelle d'exercice variait également selon la diversité de l'offre de formation pratique constatée dans la subdivision de DES lors de l'enquête *DES de Santé publique* réalisée par le CLISP en 2008-2009 (voir Tableau 7). Les AISP formés dans des subdivisions offrant de 1 à 3 pôles de formation pratique exerçaient plus souvent en établissement public de santé, tandis que ceux ayant réalisé leur DES dans une ville où 4 à 6 pôles étaient proposés étaient plus souvent en poste dans le secteur privé hors hospitalisation et au sein d'un organisme de recherche publique.

TABLEAU 7. STRUCTURE ACTUELLE D'EXERCICE SELON LA DIVERSITE DE L'OFFRE DE FORMATION PRATIQUE DANS LA SUBDIVISION DE DES EN 2008-2009

p=0,0008 Structure d'exercice	Diversité de l'offre de formation pratique en 2008-2009, n (%)	
	<i>De 1 à 3 pôles (n=135)</i>	<i>De 4 à 6 pôles (n=419)</i>
Établissement public de santé	97 (71,9)	215 (51,3)
Administration publique	18 (13,3)	70 (16,7)
Autres	7 (5,2)	44 (10,5)
Secteur privé hors hospitalisation	3 (2,2)	33 (7,9)
Établissement privé de santé	7 (5,2)	27 (6,4)
Organisme de recherche publique	3 (2,2)	30 (7,2)

En accord avec le type de structure d'exercice, la majorité des AISP avaient un statut hospitalier (voir Tableau 8).

TABLEAU 8. STATUT D'EXERCICE AU MOMENT DE L'ENQUETE

Statut d'exercice	Effectifs (n=556)	%
Hospitalier	201	36,2
Salarié	193	34,7
Assistant	67	12,1
Hospitalo-universitaire	65	11,7
Autre*	30	5,4

* Médecin inspecteur de santé publique (n=14), médecin de la sécurité sociale (n=9), médecin militaire (n=3), libéral (n=1), indépendant (n=1), autre non précisé (n=2).

Le statut d'exercice des AISP au moment de l'enquête variait selon l'interrégion de formation (voir Tableau 9).

TABLEAU 9. STATUT D'EXERCICE AU MOMENT DE L'ENQUETE SELON L'INTERREGION DE FORMATION

p<0,0001 Statut d'exercice	Interrégion de formation pour le DES, n (%)						
	<i>Île-de-France (n=154)</i>	<i>Nord-Est (n=75)</i>	<i>Nord-Ouest (n=65)</i>	<i>Ouest (n=59)</i>	<i>Rhône-Alpes Auvergne (n=55)</i>	<i>Sud (n=55)</i>	<i>Sud-Ouest (n=93)</i>
Hospitalier	45 (29,2)	32 (42,7)	27 (41,5)	24 (40,7)	23 (41,8)	24 (43,6)	26 (28,0)
Salarié	82 (53,2)	18 (24,0)	16 (24,6)	15 (25,4)	15 (27,3)	15 (27,3)	32 (34,4)
Assistant	11 (7,1)	8 (10,7)	12 (18,5)	13 (22,0)	6 (10,9)	5 (9,1)	12 (12,9)
Hospitalo-universitaire	10 (6,5)	9 (12,0)	5 (7,7)	6 (10,2)	9 (16,4)	10 (18,2)	16 (17,2)
Autre	6 (3,9)	8 (10,7)	5 (7,7)	1 (1,7)	2 (3,6)	1 (1,8)	7 (7,5)

Le domaine d'activité principal le plus fréquent au moment de l'enquête était le regroupement épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques, suivi de l'information médicale (voir Tableau 10).

TABLEAU 10. DOMAINE D'ACTIVITE PRINCIPAL AU MOMENT DE L'ENQUETE

Domaine d'activité principale actuel	Effectifs (n=556)	%	Détail
Épidémiologie, recherche clinique, biostatistiques	203	36,5	Épidémiologie (n=134), recherche clinique (n=53), démarche statistique (n=16)
Information médicale	103	18,5	
Politique de santé et organisation des soins	78	14,0	Politiques de santé (n=28), évaluation (n=21), gestion de l'offre de soins (n=16), gestion d'établissement (n=8), économie de la santé (n=5)
Activité clinique	55	9,9	
Qualité et sécurité des soins	53	9,5	
Autres	36	6,5	Informatique médicale et bioinformatique (n=14), autre (n=14), sciences de l'environnement (n=5), sciences humaines et sociale (n=2), market access (n=1), sciences de l'éducation (n=0)
Prévention et promotion de la santé	28	5,0	

De façon prévisible, le domaine d'activité principal et la structure d'exercice étaient associés (voir Tableau 11). Certaines activités étaient liées de façon presque exclusive à un ou deux types de structures, comme l'information médicale et la médecine clinique exercées respectivement à 97,1 % et 90,9 % en établissements de santé. D'autres étaient plus distribuées, mais toujours avec un type de structure dominant, comme le domaine des politiques de santé et de l'organisation des soins, exercé pour moitié par des AISP employés dans l'administration publique. La prévention et la promotion de la santé étaient principalement pratiquées dans les structures catégorisées « autres », dont font partie les associations. Au sein des organismes de recherche publique, 79,4 % des AISP exerçaient dans le domaine épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques (n=27/34).

TABLEAU 11. DOMAINE D'ACTIVITE PRINCIPAL SELON LA STRUCTURE D'EXERCICE

p=0,0005 Structure d'exercice	Domaine d'activité principal actuel, n (%)						
	<i>Épidémiol., recherche clinique, biostat. (n=203)</i>	<i>Info. médicale (n=103)</i>	<i>Politique de santé et organis. des soins (n=78)</i>	<i>Activité clinique (n=55)</i>	<i>Qualité et sécurité des soins (n=53)</i>	<i>Prévention et promotion de la santé (n=28)</i>	<i>Autre (n=36)</i>
Établissement public de santé	100 (49,3)	87 (84,5)	20 (25,6)	42 (76,4)	36 (67,9)	9 (32,1)	18 (50,0)
Administration publique	25 (12,3)	0 (0,0)	39 (50,0)	3 (5,5)	8 (15,1)	9 (32,1)	4 (11,1)
Autres	24 (11,8)	1 (1,0)	9 (11,5)	1 (1,8)	3 (5,7)	10 (35,7)	3 (8,3)
Secteur privé hors hospit.	15 (7,4)	2 (1,9)	8 (10,3)	1 (1,8)	3 (5,7)	0 (0,0)	7 (19,4)
Établissement privé de santé	12 (5,9)	13 (12,6)	1 (1,3)	8 (14,5)	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Organisme de rech. publique	27 (13,3)	0 (0,0)	1 (1,3)	0 (0,0)	2 (3,8)	0 (0,0)	4 (11,1)

Parmi les AISP avec un statut hospitalo-universitaire titulaire, ceux exerçant principalement dans le domaine de l'épidémiologie, de la recherche clinique et des biostatistiques étaient 58,5 % (n=38/65). Ils étaient 12,3 % dans le domaine « Autres » (n=8/65), 7,7 % dans le domaine de la politique de santé et de l'organisation des soins (n=5/65), de même que dans celui de la qualité et la sécurité des soins (n=5/65), ou encore celui de la clinique (n=5/65), 4,6 % en prévention et promotion de la santé (n=3/65) et 1,5 % en information médicale (n=1/65).

Le domaine d'activité principal n'était pas associé de manière significative à la classe d'âge d'ancienneté. Cependant, la proportion d'AISP exerçant principalement dans le domaine des politiques de santé et de l'organisation des soins était plus importante dans les classes d'âges les plus anciennes (voir Tableau 12).

TABLEAU 12. DOMAINE D'ACTIVITE PRINCIPAL SELON LA CLASSE D'AGE D'ANCIENNETE

p=0,2212 Domaine d'activité principale actuel	Classe d'âge d'ancienneté depuis la validation du DES, n (%)			
	<i>≤ 5 ans (n=196)</i>	<i>> 5 et ≤ 10 ans (n=103)</i>	<i>> 10 et ≤ 15 ans (n=107)</i>	<i>> 15 ans (n=150)</i>
Épidémiol., recherche clinique, biostat.	76 (38,8)	44 (42,7)	38 (35,5)	45 (30,0)
Information médicale	36 (18,4)	14 (13,6)	22 (20,6)	31 (20,7)
Politique de santé et organisation des soins	18 (9,2)	15 (14,6)	16 (15,2)	30 (20,0)
Activité clinique	25 (12,8)	13 (12,6)	9 (8,4)	8 (5,3)
Qualité et sécurité des soins	19 (9,7)	9 (8,7)	9 (8,4)	16 (10,7)
Prévention et promotion de la santé	11 (5,6)	2 (1,9)	5 (4,7)	10 (6,7)
Autre	11 (5,6)	6 (5,8)	9 (8,4)	10 (6,7)

Le domaine d'activité principal au moment de l'enquête était associé de façon significative à la région de formation au cours du DES. Le domaine de l'information médicale était surreprésenté parmi les AISP de

l'interrégion Nord-Ouest et le domaine de la qualité et sécurité des soins parmi les AISP de l'interrégion Nord-Est (voir Tableau 13).

TABLEAU 13. DOMAINE D'ACTIVITE PRINCIPAL SELON L'INTERREGION DE FORMATION

p=0,003 Domaine d'activité principal actuel	Interrégion de formation pour le DES, n (%)						
	Île-de-France (n=154)	Nord-Est (n=75)	Nord-Ouest (n=65)	Ouest (n=59)	Rhône-Alpes Auvergne (n=55)	Sud (n=55)	Sud-Ouest (n=93)
Épidémiologie, recherche clinique, biostatistiques	66 (42,9)	20 (26,7)	16 (24,6)	21 (35,6)	21 (38,2)	23 (41,8)	36 (38,7)
Information médicale	20 (13,0)	15 (20,0)	22 (33,8)	12 (20,3)	14 (25,5)	8 (14,5)	12 (12,9)
Politique de santé et organisation des soins	30 (19,5)	10 (13,3)	8 (12,3)	4 (6,8)	5 (9,1)	6 (10,9)	15 (16,1)
Activité clinique	18 (11,7)	5 (6,7)	6 (9,2)	4 (6,8)	4 (7,3)	7 (12,7)	11 (11,8)
Qualité et sécurité des soins	5 (3,2)	18 (24,0)	6 (9,2)	8 (13,6)	5 (9,1)	3 (5,5)	8 (8,6)
Prévention et promotion de la santé	4 (2,6)	3 (4,0)	3 (4,6)	4 (6,8)	4 (7,3)	3 (5,5)	7 (7,5)
Autre	11 (7,1)	4 (5,3)	4 (6,2)	6 (10,2)	2 (3,6)	5 (9,1)	4 (4,3)

Le domaine d'activité principal variait également selon la diversité de l'offre de formation pratique constatée dans la subdivision de DES en 2008-2009 (voir Tableau 14). Les AISP issus des subdivisions de DES proposant 1 à 3 pôles de formation exerçaient plus souvent dans les domaines de l'information médicale et de la qualité et sécurité des soins. Ceux formés dans les subdivisions disposant de 4 à 6 pôles de formation déclaraient plus souvent avoir leur activité principale dans le groupement épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques.

TABLEAU 14. DOMAINE D'ACTIVITE PRINCIPAL SELON LA DIVERSITE DE L'OFFRE DE FORMATION PRATIQUE DANS LA SUBDIVISION DE DES EN 2008-2009

p=0,003 Domaine d'activité principal	Diversité de l'offre de formation pratique en 2008-2009, n (%)	
	De 1 à 3 pôles (n=135)	De 4 à 6 pôles (n=419)
Épidémiol., recherche clinique, biostat.	33 (24,4)	169 (40,3)
Information médicale	36 (26,7)	67 (16,0)
Politique de santé et organisation des soins	18 (13,3)	60 (14,3)
Activité clinique	12 (8,9)	42 (10,0)
Qualité et sécurité des soins	20 (14,8)	33 (7,9)
Prévention et promotion de la santé	5 (3,7)	23 (5,5)
Autre	11 (8,1)	25 (6,0)

En complément de leur domaine d'activité principal, la majorité des répondants exerçait une ou plusieurs activité(s) complémentaire(s) dans d'autres domaines (55,8 %, n=310/556), voir Figure 2. Le nombre médian d'activité(s) complémentaire(s) était de 1 (10^e-90^e percentiles : 0-3).

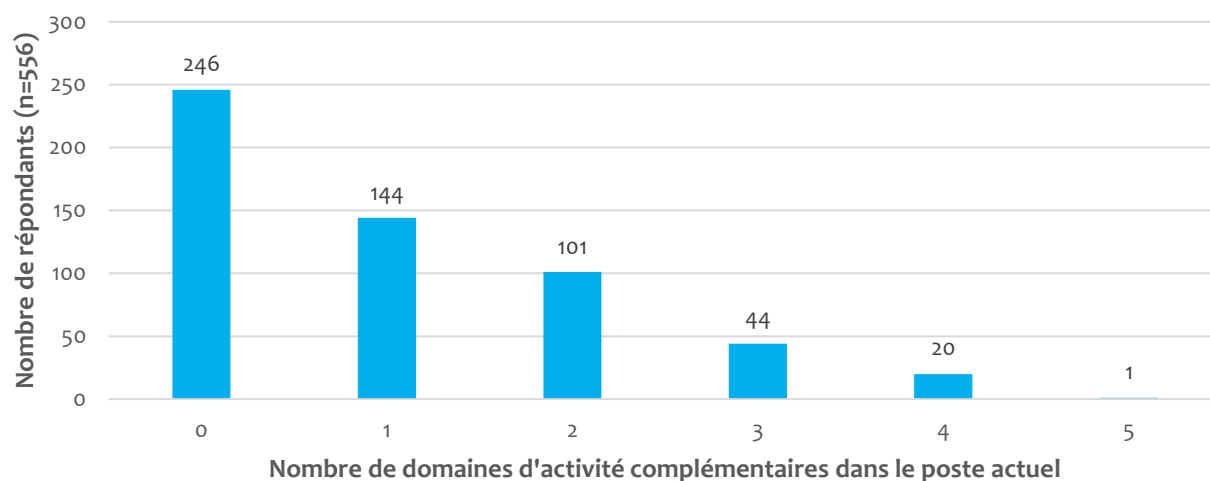


FIGURE 2. NOMBRE DE DOMAINES D'ACTIVITES EXERCES AUTRES QUE LE DOMAINE D'ACTIVITE PRINCIPAL

Les domaines d'activités complémentaires exercés étaient liés au domaine d'activité principal (voir Tableau 15).

TABLEAU 15. NOMBRE DE REpondANTS AYANT UNE ACTIVITE COMPLEMENTAIRE DANS UN AUTRE DOMAINE SELON LE DOMAINE D'ACTIVITE PRINCIPAL

Domaine d'activité complémentaire	Domaine d'activité principal actuel, n (%)					
	Activité clinique (n=55)	Épidémi., recherche clinique, biostat. (n=203)	Info. médicale (n=103)	Politique de santé et organisation des soins (n=78)	Prévention et promotion de la santé (n=28)	Qualité et sécurité des soins (n=53)
Activité clinique		17 (8,4)	3 (2,9)	2 (2,6)	7 (25,0)	2 (3,8)
Épidémi., recherche clinique, biostat.	23 (41,8)		35 (34,0)	30 (38,5)	11 (39,3)	23 (43,4)
Information médicale	3 (5,5)	15 (7,4)		8 (10,3)	0 (0,0)	5 (9,4)
Politique de santé et organisation des soins	10 (18,2)	48 (23,6)	37 (35,9)		13 (46,4)	18 (34,0)
Prévention et promotion de la santé	5 (9,1)	30 (14,8)	4 (3,9)	22 (28,2)		8 (15,1)
Qualité et sécurité des soins	5 (9,1)	19 (9,4)	11 (10,7)	21 (26,9)	1 (3,6)	

La quasi-totalité des AISP exerçait leur activité en France (n=534/556, 96,0%). Parmi les 22 AISP exerçant à l'étranger, 16 étaient des hommes et 13 exerçaient dans le domaine de l'épidémiologie, de la recherche clinique et des biostatistiques.

Le niveau de rémunération des AISP en fonction de leur classe d'âge d'ancienneté est présenté Tableau 16.

TABLEAU 16. NIVEAU DE REMUNERATION EN FONCTION DE L'ANCIENNETE

p=0,0005 Rémunération mensuelle nette moyenne en 2011	Classe d'âge d'ancienneté depuis la validation du DES, n (%)			
	≤ 5 ans (n=196)	> 5 et ≤ 10 ans (n=103)	> 10 et ≤ 15 ans (n=107)	> 15 ans (n=150)
< 2 500 €	24 (12,2)	4 (3,9)	4 (3,7)	0 (0,0)
2 500-3 999 €	136 (69,4)	41 (39,8)	18 (16,8)	9 (6,0)
4 000-5 499 €	24 (12,2)	49 (47,6)	55 (51,4)	51 (34,0)
5 500-6 999 €	6 (3,1)	4 (3,9)	20 (18,7)	53 (35,3)
7 000-8 499 €	1 (0,5)	1 (1,0)	6 (5,6)	20 (13,3)
> 8 500 €	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,8)	11 (7,3)
Ne souhaite pas répondre	5 (2,6)	4 (3,9)	1 (0,9)	6 (4,0)

Bien que le sex-ratio ne soit pas significativement différent selon la classe d'âge d'ancienneté, les femmes étaient surreprésentées dans les classes de rémunérations les plus faibles et sous-représentées dans les classes de rémunération les plus fortes (voir Tableau 17).

TABLEAU 17. NIVEAU DE REMUNERATION EN FONCTION DU SEXE

p<0,0001 Sexe	Rémunération mensuelle nette moyenne pour l'année 2011, n (%)						
	< 2 500 € (n=32)	2 500- 3 999 € (n=204)	4 000- 5 499 € (n=179)	5 500- 6 999 € (n=83)	7 000- 8 499 € (n=28)	> 8 500 € (n=14)	Ne souhaite pas répondre (n=16)
Homme	10 (31,2)	70 (34,3)	76 (42,5)	50 (60,2)	21 (75,0)	10 (71,4)	8 (50,0)
Femme	22 (68,8)	134 (65,7)	103 (57,5)	33 (39,8)	7 (25,0)	4 (28,6)	8 (50,0)

La répartition des classes de rémunération mensuelle nette était différente selon la structure d'exercice (voir Tableau 18).

TABLEAU 18. NIVEAU DE REMUNERATION EN FONCTION DE LA STRUCTURE D'EXERCICE

p=0,0005 Rémunération mensuelle nette moyenne en 2011	Structure d'exercice, n (%)					
	Étab. public de santé (n=312)	Admin. publique (n=88)	Autres (n=51)	Secteur privé hors hospit. (n=36)	Étab. privé de santé (n=35)	Organisme de rech. publique (n=34)
< 2 500 €	15 (4,8)	4 (4,5)	2 (3,9)	1 (2,8)	1 (2,9)	9 (26,5)
2 500-3 999 €	135 (43,3)	27 (30,7)	14 (27,5)	5 (13,9)	5 (14,3)	18 (52,9)
4 000-5 499 €	97 (31,1)	39 (44,3)	18 (35,3)	7 (19,4)	16 (45,7)	2 (5,9)
5 500-6 999 €	42 (13,5)	10 (11,4)	12 (23,5)	9 (25,0)	8 (22,9)	2 (5,9)
7 000-8 499 €	13 (4,2)	3 (3,4)	1 (2,0)	7 (19,4)	4 (11,4)	0 (0,0)
> 8 500 €	3 (1,0)	4 (4,5)	3 (5,9)	3 (8,3)	0 (0,0)	1 (2,9)
Ne souhaite pas répondre	7 (2,2)	1 (1,1)	1 (2,0)	4 (11,1)	1 (2,9)	2 (5,9)

Lors de l'enquête, 77,3 % des AISP (n=435/563) ont déclaré avoir exercé des activités d'enseignement et/ou de recherche en 2010-2011. Ce pourcentage était de 91,2 % pour les AISP exerçant dans un organisme de recherche publique (n=31/34) et 87,8 % dans un établissement public de santé (n=274/312).

3.4 Parcours professionnel

Le délai médian entre l'obtention du titre de médecin spécialiste de santé publique et le premier exercice rémunéré était de moins de 1 mois (10^e-90^e percentiles : 0-5, n=545/563), voir distribution sur la Figure 3.

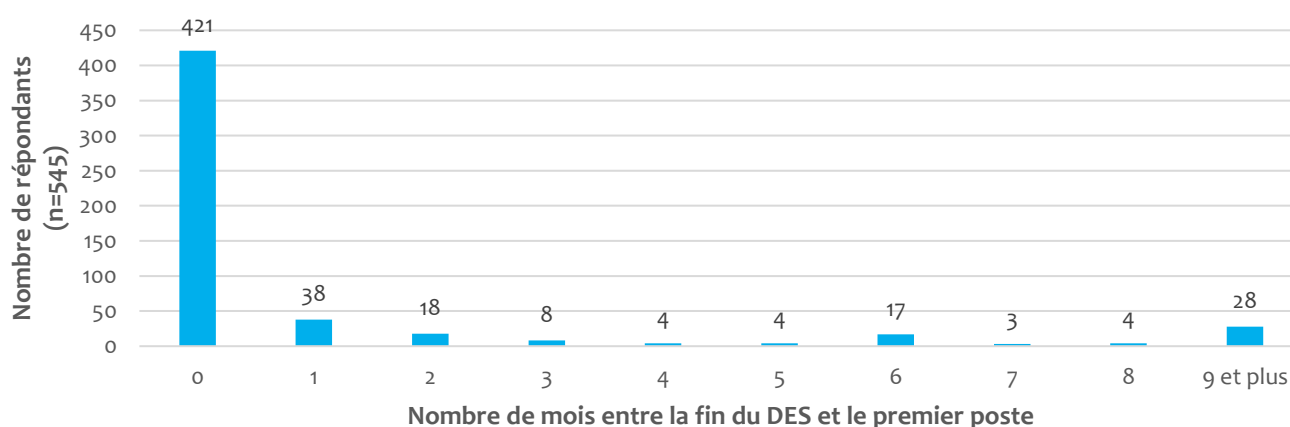


FIGURE 3. DISTRIBUTION DU DELAI ENTRE L'OBTENTION DU TITRE DE MEDECIN SPECIALISTE DE SANTE PUBLIQUE ET LE PREMIER EXERCICE REMUNERE

La distribution du nombre de postes professionnels différents occupés depuis l'obtention du titre de médecin spécialiste est présentée en Figure 4 (médiane de 2 postes, 10^e-90^e percentiles : 1-5, n=548).

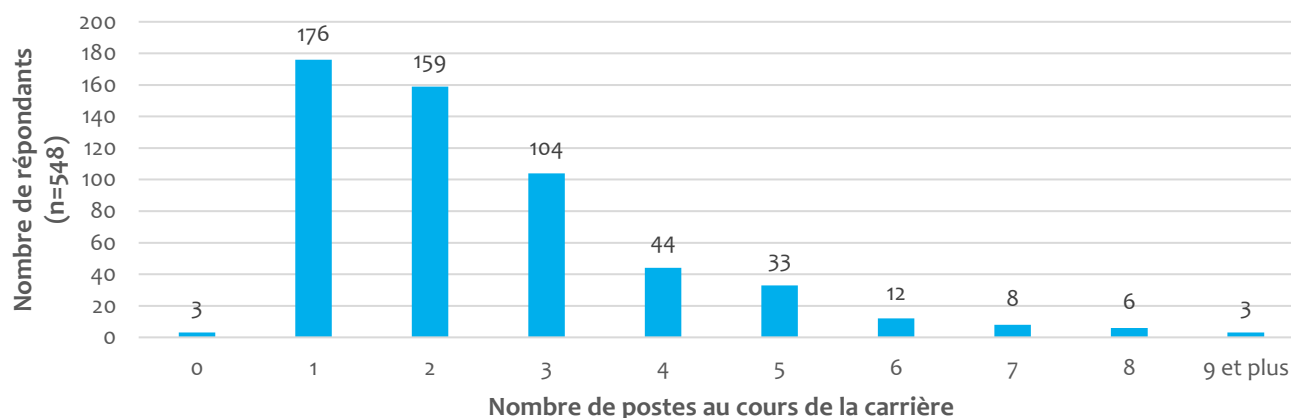


FIGURE 4. DISTRIBUTION DU NOMBRE DE POSTES OCCUPES DEPUIS L'OBTENTION DU TITRE DE MEDECIN SPECIALISTE DE SANTE PUBLIQUE

Ce nombre de postes différents occupés était croissant avec l'ancienneté professionnelle (voir Tableau 19).

TABLEAU 19. NOMBRE DE POSTES DIFFERENTS OCCUPES EN FONCTION DE LA CLASSE D'AGE D'ANCIENNETE

Classe d'âge d'ancienneté	Effectifs	Nombre de postes différents occupés, moyenne / écart type
≤ 5 ans	196	1,52 / 0,73
> 5 et ≤ 10 ans	101	2,18 / 1,05
> 10 et ≤ 15 ans	103	2,85 / 1,36
> 15 ans	148	3,66 / 2,06

Au cours de leur carrière, le délai moyen entre la fin d'un poste et la prise de poste suivante était de moins d'un mois pour 88,1 % des répondants (n=325/369, voir Tableau 20).

TABLEAU 20. DELAI MOYEN ENTRE LA FIN D'UN POSTE ET LA PRISE DE POSTE SUIVANTE AU COURS DE LA CARRIERE

Délai moyen entre changements de poste en mois	Effectifs (n=369)	%
0-1 mois	325	88,1
1-6 mois	24	6,5
6-12 mois	8	2,2
12-24 mois	5	1,4
>24 mois	7	1,9

Près des trois quarts des répondants ont exercé dans un établissement public de santé au cours de leur carrière (73,6 %, n=409/556, voir Tableau 21).

TABLEAU 21. NOMBRE DE REpondants AYANT EXERCÉ DANS CHAQUE TYPE DE STRUCTURE AU COURS DE SA CARRIÈRE

Type de structure d'exercice au cours de la carrière	Effectifs (n=556)	%
Établissement public de santé	409	73,6
Administrations publiques	126	22,7
Secteur privé hors hospitalisation	88	15,8
Autres	88	15,8
Recherche publique	87	15,6
Établissements privés de santé	58	10,4

Le nombre de répondants ayant exercé dans chaque type de structure au cours de sa carrière en fonction de sa classe d'âge d'ancienneté est présenté Tableau 22. Seuls l'exercice dans une administration publique et l'exercice dans le secteur privé hors hospitalisation étaient fonction de l'ancienneté.

Les organismes de recherche publique et le secteur privé hors hospitalisation se caractérisaient par le fait que moins de la moitié des AISP y ayant exercé y exerçaient toujours à la date de l'enquête (39,1 %, n=34/87 et 40,9 %, n=36/88). Cette proportion était de 47,7 % (n=41/86) dans la catégorie des structures autres, et de plus de 60 % ailleurs.

Les AISP ayant validé leur DES en Île-de-France représentaient 48,9 % (n=43/88) de ceux ayant exercé dans le secteur privé hors hospitalisation contre seulement 23,7 % (n=111/468) de ceux n'y ayant jamais exercé (p<0,001), et 43,0 % (n=64/149) de ceux n'ayant jamais été en poste dans un établissement public de santé contre 22,0 % (n=90/409) de ceux pour qui c'était le cas (p=0,0003).

TABLEAU 22. NOMBRE DE REpondant AYANT EXERCÉ DANS CHAQUE TYPE DE STRUCTURE AU COURS DE LEUR CARRIÈRE SELON L'ANCIENNETÉ

Type de structure d'exercice au cours de la carrière	Classe d'âge d'ancienneté depuis la validation du DES, n (%)				p
	≤ 5 ans (n=196)	> 5 et ≤ 10 ans (n=103)	> 10 et ≤ 15 ans (n=107)	> 15 ans (n=150)	
Établissement public de santé	147 (75,0)	73 (70,9)	81 (75,7)	108 (72,0)	0,7691
Administrations publiques	17 (8,7)	19 (18,4)	30 (28,0)	60 (40,0)	<0,0001
Autres	21 (10,7)	18 (17,5)	17 (15,9)	32 (21,3)	0,0562
Secteur privé hors hospitalisation	20 (10,2)	12 (11,7)	21 (19,6)	35 (23,3)	0,0037
Recherche publique	25 (12,8)	11 (10,7)	22 (20,6)	29 (19,3)	0,0832
Établissements privés de santé	15 (7,7)	12 (11,7)	10 (9,3)	21 (14,0)	0,2655

Le type de structures d'exercice où les AISP ont exercé au cours de leur carrière en fonction de leur structure actuelle d'exercice est présenté en Tableau 23. L'exercice antérieur en établissement public de santé concernait seulement 13,9 % (n=5/36) des répondants actuellement dans le secteur privé hors hospitalisation, contre 43,3 % (n=90/208) de ceux exerçant dans d'autres secteurs. Avoir eu un poste dans le secteur privé hors hospitalisation était plus fréquent chez les AISP en poste dans un organisme de recherche publique (23,5 %, n=8/34) et moins fréquent chez les AISP en poste dans un établissement public de santé (5,4 %, n=17/312).

TABLEAU 23. NOMBRE DE REpondANTS AYANT EXERCE DANS CHAQUE TYPE DE STRUCTURE D'EXERCICE AU COURS DE LEUR CARRIERE SELON LEUR STRUCTURE ACTUELLE D'EXERCICE

Structure d'exercice au cours de la carrière	Structure d'exercice actuelle, n (%)						p
	Étab. public de santé (n=312)	Admin. publiques (n=88)	Autres (n=51)	Secteur privé hors hospit. (n=36)	Recherche publique (n=34)	Étab. privés de santé (n=35)	
Établissement public de santé		38 (43,2)	23 (45,1)	5 (13,9)	12 (35,3)	17 (48,6)	<0,0001
Administrations publiques	27 (8,7)		12 (23,5)	3 (8,3)	3 (8,8)	3 (8,6)	<0,0001
Autres	26 (8,3)	10 (11,4)		5 (13,9)	2 (5,9)	2 (5,7)	<0,0001
Secteur privé hors hospitalisation	17 (5,4)	14 (15,9)	9 (17,6)		8 (23,5)	4 (11,4)	<0,0001
Recherche publique	29 (9,3)	13 (14,8)	6 (11,8)	3 (8,3)		2 (5,7)	<0,0001
Établissements privés de santé	13 (4,2)	3 (3,4)	2 (3,9)	4 (11,1)	1 (2,9)		0,0005

Au cours de leur carrière, à la date de l'enquête, 59,6 % des AISP déclaraient avoir exercé dans un seul type de structure d'exercice (n=328/550), 28,2 % dans deux types de structure (n=135/550), 9,3 % dans trois (n=51/550) et 2,9 % dans quatre à cinq (n=16/550). En moyenne, ce nombre augmentait avec l'ancienneté (m=1,28, sd=0,59 avant 5 ans contre m=1,91, sd=0,92 après 15 ans, p<0,0001). Il était légèrement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (m=1,65, sd=0,83 contre m=1,49, sd=0,75, p=0,0212) et variait d'une interrégion de formation à l'autre (p=0,0038) : 1,34 dans le Nord-Ouest (sd=0,76), 1,36 dans l'Ouest (sd=0,58), 1,44 dans le Nord-Est (sd=0,68), 1,56 dans le Sud-Ouest (sd=0,72), 1,56 en Rhône-Alpes Auvergne (sd=0,81), 1,69 dans le Sud (sd=0,84) et 1,73 en Île-de-France (sd=0,88).

Trois quarts des répondants avaient exercé dans le domaine de l'épidémiologie, de la recherche clinique et des biostatistiques au cours de leurs carrières (75,2 %, n=418/556), et la moitié avaient exercé dans le domaine des politiques de santé et de l'organisation des soins (50,9 %, n=283/556), voir Tableau 24.

TABLEAU 24. NOMBRE DE REpondANTS AYANT EXERCE CHAQUE TYPE D'ACTIVITE AU COURS DE LEUR CARRIERE

Type d'activité exercée au cours de la carrière	Effectifs (n=556)	%
Épidémi., recherche clinique, biostat.	418	75,2
Politique de santé et organisation des soins	283	50,9
Information médicale	195	35,1
Qualité sécurité des soins	169	30,4
Promotion de la santé	145	26,1
Autres	125	22,5
Activité clinique	117	21,0

Les types d'activités exercées au cours de la carrière en fonction du domaine d'activité principal au moment de l'enquête sont présentés en Tableau 25.

TABLEAU 25. NOMBRE DE REpondANTS AYANT EXERCE CHAQUE TYPE D'ACTIVITE AU COURS DE LEUR CARRIERE SELON LEUR DOMAINE D'ACTIVITE PRINCIPAL ACTUEL

Domaine d'activité au cours de la carrière	Domaine d'activité principal, n (%)						
	Épidém., recherche clinique, biostat. (n=203)	Info. médicale (n=103)	Politique de santé et org. des soins (n=78)	Activité Clinique (n=55)	Qualité et sécurité des soins (n=53)	Autre (n=36)	Prév. et prom. de la santé (n=28)
Épidémi., rech. clinique, biostat.		54 (52,4)	54 (69,2)	27 (49,1)	33 (62,3)	25 (69,4)	21 (75,0)
Information médicale	34 (16,7)		24 (30,8)	3 (5,5)	12 (22,6)	15 (41,7)	3 (10,7)
Politique de santé et org. des soins	77 (37,9)	49 (47,6)		14 (25,5)	24 (45,3)	20 (55,6)	20 (71,4)
Activité clinique	25 (12,3)	6 (5,8)	12 (15,4)		6 (11,3)	5 (13,9)	8 (28,6)
Qualité et sécurité des soins	30 (14,8)	25 (24,3)	40 (51,3)	9 (16,4)		9 (25,0)	3 (10,7)
Autres	44 (21,7)	22 (21,4)	25 (32,1)	1 (1,8)	5 (9,4)		7 (25,0)
Prévention et prom. de la santé	40 (19,7)	10 (9,7)	35 (44,9)	9 (16,4)	13 (24,5)	9 (25,0)	

Au cours de leur carrière, 27,1 % des AISP déclaraient avoir exercé dans un seul domaine d'activité (n=150/554), 25,8 % dans deux domaines (n=143/554), 21,5 % dans trois (n=119/554), 13,2 % dans quatre (n=73/554) et 12,5 % dans cinq à sept domaines (n=69/554). En moyenne, ce nombre augmentait avec l'ancienneté (m=2,08, sd=1,14 avant 5 ans contre m=3,21, sd=1,44 après 15 ans, p<0,0001). Il était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (m=2,83, sd=1,47 contre 2,46, sd=1,37 p=0,0022) et variait selon le domaine d'activité principal au moment de l'enquête (p<0,0001) : 2,15 (sd=1,15) en cas d'activité clinique, 2,23 (sd=1,37) pour le groupement épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques, 2,61 (sd=1,42) pour l'information médicale, 2,76 (sd=1,36) pour la qualité et la sécurité des soins, 3,21 (sd=1,13) pour la prévention et la promotion de la santé, 3,22 (sd=1,48) en cas d'activité autre et 3,44 (sd=1,43) pour les politiques de santé et l'organisation des soins.

Notons enfin que le nombre d'activités exercées au cours de la carrière était plus élevé chez les AISP ayant réalisé la formation de MISP ($n=23$, $m=3,44$, $sd=1,62$ contre $m=2,59$, $sd=1,41$, $p=0,0105$) ou celle de médecin de la sécurité sociale ($n=7$, $m=4,00$, $sd=1,29$ contre $m=2,60$, $sd=1,42$, $p=0,0117$).

Près des deux tiers des répondants étaient très ou complétement satisfait de leurs parcours professionnels (voir Tableau 26).

TABLEAU 26. SATISFACTION CONCERNANT LE PARCOURS PROFESSIONNEL

Satisfaction concernant le parcours professionnel	Effectifs (n=563)	%
Pas du tout satisfait	3	0,5
Peu satisfait	17	3,0
Assez satisfait	162	28,8
Très satisfait	266	47,2
Complètement satisfait	115	20,4

Parmi les trois répondants ayant déclaré n'être pas du tout satisfaits, deux étaient en recherche d'emploi ou sans exercice.

La satisfaction des répondants vis-à-vis de leur parcours professionnel ne variait pas significativement en fonction de leur classe d'âge d'ancienneté ($p=0,4783$) ni de leur interrégion de formation ($p=0,6067$) ou de la diversité de l'offre de formation pratique dans leur subdivision de DES en 2008-2009 ($p=0,7500$). Elle ne dépendait pas non plus de leur structure actuelle d'exercice ($p=0,8521$), de leur statut ($p=0,2644$), ni de leur niveau de rémunération mensuelle nette ($p=0,2034$). La proportion d'AISP très ou complétement satisfaits variait en fonction du domaine d'activité principal au moment de l'enquête, mais sans différence significative et tout en représentant dans chaque cas plus de la moitié des répondants (voir Tableau 27).

TABLEAU 27. SATISFACTION CONCERNANT LE PARCOURS PROFESSIONNEL EN FONCTION DU DOMAINE D'ACTIVITE PRINCIPAL ACTUEL

p=0,0560 Satisfaction concernant le parcours professionnel	Domaine d'activité principal, n (%)						
	Épidémiol., recherche clinique, biostat. (n=203)	Info. médicale (n=103)	Politique de santé et org. des soins (n=78)	Activité clinique (n=55)	Qualité et sécurité des soins (n=53)	Autre (n=36)	Prév. et promotion de la santé (n=28)
Pas du tout ou peu satisfait	3 (1,5)	5 (4,9)	3 (3,8)	3 (5,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,6)
Assez satisfait	50 (24,6)	42 (40,8)	19 (24,4)	17 (30,9)	14 (26,4)	8 (22,2)	10 (35,7)
Très ou complètement satisfait	150 (73,9)	56 (54,4)	56 (71,8)	35 (63,6)	39 (73,6)	28 (77,8)	17 (60,7)

3.5 Formation

La quasi-totalité des répondants avait validé une ou plusieurs formation(s) complémentaire(s) au DES de santé publique (97,2 %, n=547/563). Ainsi, 88,1 % des répondants avaient validé un master 2 et 28,6 % avaient soutenu une thèse de science (ou étaient en cours de préparation), voir Tableau 28.

TABLEAU 28. FORMATIONS COMPLEMENTAIRES VALIDEES

Formations complémentaires	Effectifs (n=563)	%	Détail
Master 2	496	88,1	
Plusieurs masters 2	79	14,0	
DU, DIU*	326	57,9	
Plusieurs DU	178	31,6	
Thèse de science	161	28,6	Dont 9 en cours de préparation
DESC	70	12,4	Pathologie infectieuse (n=28), gériatrie (n=10), médecine légale (n=10), pharmacologie (n=8), addictologie (n=4), cancérologie (n=3), réanimation médicale (n=3), nutrition (n=2), allergologie (n=1), médecine vasculaire (n=1)
Formation de MISP [§]	24	4,3	

* DU, DIU : diplôme universitaire, diplôme interuniversitaire, § MISP : médecin inspecteur de santé publique

Une formation complémentaire avait été suivie à l'étranger pour 11,5 % des répondants (n=65/563), cette proportion étant plus élevée chez ceux exerçant aujourd'hui à l'étranger (n=8/22, 36,4%) que chez ceux exerçant en France (n=56/534, 10,5 %, p=0,0007). Avoir suivi une formation à l'étranger était associé avec le fait d'avoir eu un poste dans un organisme de recherche publique pendant sa carrière (28,1 %, n=18/64 contre 14,0 %, n=69/492, p=0,0062), d'avoir exercé à un moment donné dans le domaine de l'épidémiologie, de la recherche

clinique et des biostatistiques (87,5 %, n=56/64 contre 73,4 %, n=362/493, p=0,0218) et de détenir une thèse de science (49,2 %, n=32/65 contre 25,9 %, n=129/498, p=0,0002).

La proportion d'AISP détenteurs d'un master 2 variait selon l'interrégion de formation (p=0,01), avec 94,9 % des répondants en Île-de-France (n=149/157), 92,9 % dans le Sud (n=52/56), 90,2 % dans l'Ouest (n=55/61), 87,3 % en Rhône-Alpes Auvergne (n=48/55), 82,7 % dans le Nord-Est (n=62/75), 81,9 % dans le Sud-Ouest (n=77/94) et 81,5 % dans le Nord-Ouest (n=53/65). En revanche, cette proportion n'était pas liée à l'ancienneté, pas plus que la proportion d'AISP ayant soutenu une thèse de science.

La proportion d'AISP disposant d'un master 2 ou d'une thèse de science variait selon leur domaine d'activité principal actuel (voir Tableau 29).

TABLEAU 29. VALIDATION D'UN MASTER 2 OU D'UNE THESE DE SCIENCE SELON LE DOMAINE D'ACTIVITE PRINCIPAL ACTUEL

Formations complém.	Domaine d'activité principal actuel, n (%)							p
	Épidém., rech. clinique, biostat. (n=203)	Info. médicale (n=103)	Politique de santé et org. des soins (n=78)	Activité clinique (n=55)	Qualité et sécurité des soins (n=53)	Autre (n=36)	Prév. et prom. de la santé (n=28)	
Master 2	191 (94,1)	86 (83,5)	70 (89,7)	46 (83,6)	43 (81,1)	31 (86,1)	22 (78,6)	0,0194
Thèse de science	97 (47,8)	10 (9,7)	14 (17,9)	9 (16,4)	11 (20,8)	13 (36,1)	5 (17,9)	<0,0001

C'était également le cas selon la structure d'exercice actuelle (voir Tableau 30).

TABLEAU 30. VALIDATION D'UN MASTER 2 OU D'UNE THESE DE SCIENCE SELON LA STRUCTURE D'EXERCICE ACTUELLE

Formations complémentaires	Structure d'exercice actuelle, n (%)						p
	Étab. public de santé (n=312)	Admin. publique (n=88)	Autres (n=51)	Secteur privé hors hospit. (n=36)	Étab. privé de santé (n=35)	Organisme de recherche publique (n=34)	
Master 2	282 (90,4)	67 (76,1)	45 (88,2)	32 (88,9)	30 (85,7)	33 (97,1)	0,0063
Thèse de science	108 (34,6)	9 (10,2)	11 (21,6)	2 (5,6)	8 (22,9)	21 (61,8)	<0,0001

La réalisation d'un DU était plus fréquente pour les AISP ayant eu au moins un poste en établissement public de santé au cours de leur carrière (62,3 %, n=255/409 contre 46,3 %, n=69/149, p=0,001). De même pour la réalisation de plusieurs diplômes universitaires (35,2 %, n=144/409 contre 22,1 %, n=33/149, p=0,0047).

Parmi les AISP possédant un DESC, 60,0 % exerçaient une activité clinique à titre principal (n=42/70) et 15,7% à titre complémentaire (n=11/70).

Parmi les 24 AISP ayant réalisé la formation de MISP, 1 était en formation, 11 exerçaient principalement dans le domaine des politiques de santé et de l'organisation des soins et 12 dans d'autres domaines d'activité au moment de l'enquête (6 en épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques, 3 en information médicale, 2 en

prévention et promotion de la santé, 1 en qualité et sécurité des soins). De plus, 17 étaient en poste dans une administration publique et 5 dans d'autres structures.

La majorité des répondants avaient orienté leur DES de santé publique dans les domaines de l'épidémiologie, de la recherche clinique et des biostatistiques (voir Tableau 31).

TABLEAU 31. ORIENTATION PRINCIPALE DU DES

Orientation principale du DES	Effectifs (n=563)	%	Détail
Épidémiologie, recherche clinique, biostatistiques	334	59,3	
Politique de santé et organisation des soins	82	14,6	
Autre	49	8,7	Informatique médicale (n=15), sciences de l'environnement (n=4), sciences humaines et sociales (n=7)
Information médicale	40	7,1	
Prévention et promotion de la santé	23	4,1	
Activité clinique	19	3,4	
Qualité et sécurité des soins	16	2,8	

Pour les AISP possédant un DESC, 20,0 % disaient avoir orienté principalement leur DES vers une activité clinique (n=14/70), contre 1,0 % pour les autres (n=5/493, p<0,001).

L'orientation principale du DES était variable en fonction de l'interrégion de réalisation du DES (voir Tableau 32).

TABLEAU 32. ORIENTATION PRINCIPALE DU DES EN FONCTION DE L'INTERREGION DE FORMATION AU COURS DU DES

p=0,011 Orientation principale du DES	Interrégion de formation pour le DES, n (%)						
	Île-de-France (n=157)	Nord-Est (n=75)	Nord-Ouest (n=65)	Ouest (n=61)	Rhône-Alpes Auvergne (n=55)	Sud (n=56)	Sud-Ouest (n=94)
Épidémiol., rech. clinique, biostat.	100 (63,7)	43 (57,3)	26 (40,0)	36 (59,0)	32 (58,2)	37 (66,1)	60 (63,8)
Politique de santé et org. des soins	33 (21,0)	5 (6,7)	14 (21,5)	6 (9,8)	9 (16,4)	6 (10,7)	9 (9,6)
Autre	11 (7,0)	10 (13,3)	6 (9,2)	7 (11,5)	2 (3,6)	4 (7,1)	9 (9,6)
Information médicale	2 (1,3)	6 (8,0)	12 (18,5)	6 (9,8)	5 (9,1)	4 (7,1)	5 (5,3)
Prévention et prom. de la santé	5 (3,2)	5 (6,7)	3 (4,6)	2 (3,3)	3 (5,5)	3 (5,4)	2 (2,1)
Activité clinique	4 (2,5)	1 (1,3)	2 (3,1)	2 (3,3)	3 (5,5)	2 (3,6)	5 (5,3)
Qualité et sécurité des soins	2 (1,3)	5 (6,7)	2 (3,1)	2 (3,3)	1 (1,8)	0 (0,0)	4 (4,3)

L'orientation principale donnée pendant le DES à sa formation dépendait de la diversité de l'offre de stages constatée dans la subdivision en 2008-2009 (voir Tableau 33). Une orientation vers l'information médicale était plus souvent constatée dans les villes disposant de 1 à 3 pôles de formation, tandis qu'une orientation vers le groupement épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques était plus fréquente dans les villes disposant de 4 à 6 pôles.

TABLEAU 33. ORIENTATION PRINCIPALE DU DES SELON LA DIVERSITE DE L'OFFRE DE FORMATION PRATIQUE DANS LA SUBDIVISION DE DES EN 2008-2009

p=0,001 Orientation principale du DES	Diversité de l'offre de formation pratique, n (%)	
	De 1 à 3 pôles (n=136)	De 4 à 6 pôles (n=424)
Épidémiol., recherche clinique, biostat.	64 (47,1)	268 (63,2)
Politique de santé et organisation des soins	19 (14,0)	63 (14,9)
Autre	19 (14,0)	30 (7,1)
Information médicale	19 (14,0)	21 (5,0)
Prévention et promotion de la santé	6 (4,4)	17 (4,0)
Activité clinique	5 (3,7)	13 (3,1)
Qualité et sécurité des soins	4 (2,9)	12 (2,8)

La proportion d'AISP ayant réalisé un master 2 ou une thèse de science variait significativement selon l'orientation principale donnée à leur DES (voir Tableau 34).

TABLEAU 34. VALIDATION D'UN MASTER 2 OU D'UNE THESE DE SCIENCE SELON L'ORIENTATION PRINCIPALE DONNEE AU DES

Form. compl.	Orientation principale du DES, n (%)							P
	Épidém., rech. clinique, biostat. (n=334)	Politique de santé et org. des soins (n=82)	Autre (n=49)	Info. médicale (n=40)	Prév. et prom. de la santé (n=23)	Activité clinique (n=19)	Qualité et sécurité des soins (n=16)	
Master 2	309 (92,5)	74 (90,2)	42 (85,7)	31 (77,5)	15 (65,2)	13 (68,4)	12 (75,0)	<0,0001
Thèse de science	121 (36,2)	15 (18,3)	14 (28,6)	1 (2,5)	4 (17,4)	2 (10,5)	4 (25,0)	<0,0001

Pour 62,7 % des répondants (n=304/485), l'activité principale exercée lors de l'enquête correspondait à l'orientation principale du DES. Analysée du point de vue de la formation, cette concordance était pratiquement totale pour les répondants s'étant orientés dans le domaine de l'information médicale ou d'une activité clinique au cours de leur DES (voir Tableau 35).

TABLEAU 35. CONCORDANCE DE L'ORIENTATION PRINCIPALE DU DES AVEC L'ACTIVITE PRINCIPALE AU MOMENT DE L'ENQUETE

Orientation principale du DES ¹⁰	Concordance avec l'activité principale actuelle, n (%)
Épidémiologie, recherche clinique, biostat. (n=317)	187 (59,0)
Politique de santé et organisation des soins (n=78)	43 (55,1)
Information médicale (n=36)	35 (97,2)
Prévention et promotion de la santé (n=19)	9 (47,4)
Activité clinique (n=19)	18 (94,7)
Qualité et sécurité des soins (n=16)	12 (75,0)

Parmi les 330 répondants en activité ayant orienté leur formation vers l'épidémiologie, la recherche clinique et les biostatistiques, mais n'exerçant pas principalement dans ce domaine au moment de l'enquête, 13,0 % avaient pour activité principale l'information médicale (n=43), 8,2 % la qualité et la sécurité des soins (n=27), 7,6 % une activité clinique (n=25), 6,4 % les politiques de santé et l'organisation des soins (n=21) et 4,2 % la prévention et la promotion de la santé (n=14). Parmi les 82 AISP orientés vers les politiques de santé et l'organisation des soins, 17,1 % exerçaient lors de l'enquête en information médicale (n=14), les autres étant répartis dans les domaines restants. Parmi les 21 formés principalement en prévention et promotion de la santé, 4 s'étaient tournés vers les politiques de santé et l'organisation des soins, et 3 des 16 initialement orientés vers la qualité et la sécurité des soins avaient rejoint l'information médicale.

Analysée du point de vue de l'activité exercée au moment de l'enquête, la concordance avec l'orientation principale du DES était la plus élevée pour les AISP dans le domaine de l'épidémiologie, de la recherche clinique et des biostatistiques et la plus faible pour ceux exerçant en qualité et sécurité des soins (voir Tableau 36).

¹⁰ Compte tenu du mode de calcul de la concordance entre orientation principale du DES et activité principale actuelle, les effectifs donnés ne comprennent pas les répondants avec une activité principale actuelle « autre » lors de l'enquête.

TABLEAU 36. CONCORDANCE DE L'ACTIVITE PRINCIPALE AU MOMENT DE L'ENQUETE AVEC L'ORIENTATION PRINCIPALE DU DES

Domaine d'activité principal ¹¹	Concordance avec l'orientation principale du DES, n (%)
Épidémiol., recherche clinique, biostat. (n=196)	187 (95,4)
Information médicale (n=96)	35 (36,5)
Politique de santé et org. des soins (n=70)	43 (61,4)
Activité clinique (n=50)	18 (36,0)
Qualité et sécurité des soins (n=46)	12 (26,1)
Prévention et promotion de la santé (n=27)	9 (33,3)

La concordance avec l'orientation principale du DES variait également selon la structure d'exercice au moment de l'enquête ($p=0,0037$) : la concordance entre orientation principale du DES et domaine d'activité principal était de 93,3 % pour les organismes de recherche publique ($n=28/30$), 75,9 % pour le secteur privé hors hospitalisation ($n=22/29$), 65,9 % pour les structures « autres » ($n=27/41$), 65,6 % pour les établissements privés de santé ($n=21/32$), 60,0 % pour l'administration publique ($n=48/80$) et 57,9 % pour les établissements publics de santé ($n=158/273$). Une concordance plus faible était également constatée pour ceux ayant eu au moins un poste en établissement public de santé au cours de leur carrière (59,9 %, $n=214/357$ contre 70,3 %, $n=90/128$, $p=0,0483$).

Le niveau de concordance entre le domaine d'activité principal au moment de l'enquête et l'orientation principale de leur DES n'était pas associé avec le fait de détenir une formation complémentaire ($p=0,5369$), ni plus particulièrement un master 2 ($p=0,6811$) ou un DU/DIU ($p=0,5975$).

La proportion de répondants très ou complètement satisfaits vis-à-vis de leur parcours professionnel était plus élevée chez ceux pour qui l'activité principale était en concordance avec l'orientation principale de leur DES ($n=221/304$, 72,7 %) que chez ceux pour qui ce n'était pas le cas ($n=107/181$, 59,1 %, $p=0,0083$).

La proportion de répondants n'ayant jamais exercé au cours de leur carrière une activité en lien avec l'orientation principale de leur DES était de 11,8 % ($n=60/507$), elle restait faible quelle que soit l'orientation principale du DES (voir Tableau 37).

¹¹ Compte tenu du mode de calcul de la concordance entre orientation principale du DES et activité principale actuelle, les effectifs donnés ne comprennent pas les répondants avec une orientation principale du DES « autre ».

TABLEAU 37. CONCORDANCE DE L'ORIENTATION PRINCIPALE DU DES AVEC AU MOINS UNE ACTIVITE EXERCEE AU COURS DE LA CARRIERE

Orientation principale du DES	Concordance avec une activité au cours de la carrière, n (%)
Épidémiol., rech. clinique, biostat. (n=330)	290 (87,9)
Politique de santé et org. des soins (n=82)	68 (82,9)
Information médicale (n=39)	38 (97,4)
Prévention et promotion de la santé (n=21)	18 (85,7)
Activité clinique (n=19)	19 (100)
Qualité et sécurité des soins (n=16)	14 (87,5)

Concernant la formation reçue au cours du DES, les répondants jugeaient la formation théorique très utile ou indispensable pour 42,6 % d'entre eux, la formation pratique pour 73,0 % d'entre eux (voir Tableau 38).

TABLEAU 38. JUGEMENT PORTE SUR LA FORMATION REÇUE AU COURS DU DES

Jugement porté sur la formation reçue au cours du DES	Effectifs (n=563)	%
Formation théorique		
Inutile	16	2,8
Peu utile	103	18,3
Assez utile	204	36,2
Très utile	151	26,8
Indispensable	89	15,8
Formation pratique		
Inutile	1	0,2
Peu utile	34	6,0
Assez utile	117	20,8
Très utile	204	36,2
Indispensable	207	36,8

Le jugement concernant la formation dont ils avaient bénéficié variait en fonction de l'interrégion de formation des répondants (voir Tableau 39).

TABLEAU 39. JUGEMENT PORTE SUR LA FORMATION REÇUE AU COURS DU DES SELON L'INTERREGION DE FORMATION

Jugement porté sur la formation reçue au cours du DES	Interrégion de formation, n (%)						
	Île-de-France (n=157)	Nord-Est (n=75)	Nord-Ouest (n=65)	Ouest (n=61)	Rhône-Alpes Auvergne (n=55)	Sud (n=56)	Sud-Ouest (n=94)
Formation théorique (p=0,0215)							
Inutile ou peu utile	30 (19,1)	11 (14,7)	15 (23,1)	18 (29,5)	16 (29,1)	16 (28,6)	13 (13,8)
Assez utile	57 (36,3)	19 (25,3)	29 (44,6)	20 (32,8)	20 (36,4)	22 (39,3)	37 (39,4)
Très utile ou indispensable	70 (44,6)	45 (60,0)	21 (32,3)	23 (37,7)	19 (34,5)	18 (32,1)	44 (46,8)
Formation pratique (p=0,0355)							
Inutile ou peu utile	6 (3,8)	6 (8,0)	7 (10,8)	3 (4,9)	2 (3,6)	7 (12,5)	4 (4,3)
Assez utile	23 (14,6)	18 (24,0)	13 (20,0)	17 (27,9)	10 (18,2)	18 (32,1)	18 (19,1)
Très utile ou indispensable	128 (81,5)	51 (68,0)	45 (69,2)	41 (67,2)	43 (78,2)	31 (55,4)	72 (76,6)

Le jugement porté sur la formation pratique reçue pendant le DES variait selon l'activité principale actuelle, à la différence de celui porté sur la formation théorique (voir Tableau 40).

TABLEAU 40. JUGEMENT PORTE SUR LA FORMATION REÇUE AU COURS DU DES SELON LE DOMAINE D'ACTIVITE PRINCIPAL

Jugement porté sur la formation reçue au cours du DES	Domaine d'activité principal, n (%)						
	Épidém., rech. clinique, biostat. (n=203)	Info. médicale (n=103)	Politique de santé et org. des soins (n=78)	Activité clinique (=n55)	Qualité et sécurité des soins (n=53)	Autres (n=36)	Prév. et prom. de la santé (n=28)
Formation théorique (p= 0,3553)							
Inutile ou peu utile	45 (22,2)	18 (17,5)	18 (23,1)	13 (23,6)	9 (17,0)	10 (27,8)	3 (10,7)
Assez utile	69 (34,0)	38 (36,9)	29 (37,2)	27 (49,1)	22 (41,5)	8 (22,2)	11 (39,3)
Très utile ou indispensable	89 (43,8)	47 (45,6)	31 (39,7)	15 (27,3)	22 (41,5)	18 (50,0)	14 (50,0)
Formation pratique (p= 0,0005)							
Inutile ou peu utile	6 (3,0)	3 (2,9)	7 (9,0)	12 (21,8)	1 (1,9)	2 (5,6)	4 (14,3)
Assez utile	40 (19,7)	21 (20,4)	19 (24,4)	18 (32,7)	8 (15,1)	7 (19,4)	4 (14,3)
Très utile ou indispensable	157 (77,3)	79 (76,7)	52 (66,7)	25 (45,5)	44 (83,0)	27 (75,0)	20 (71,4)

Le jugement concernant la formation théorique et pratique dont ils avaient bénéficié au cours du DES ne variait en revanche pas en fonction de la classe d'âge d'ancienneté des répondants (p=0,4557 et p=0,965), ni de leur

structure actuelle d'exercice ($p=0.4509$ et $p=0.2019$). La réalisation d'un master 2 n'était pas non plus liée au jugement porté sur la formation théorique reçue pendant le DES (0,1907).

Globalement, 67,7 % des répondants étaient complètement ou très satisfaits d'avoir réalisé le DES de santé publique (voir Tableau 41).

TABLEAU 41. SATISFACTION PAR RAPPORT AU FAIT D'AVOIR REALISE LE DES DE SANTE PUBLIQUE

Satisfaction d'avoir réalisé le DES	Effectifs (n=563)	%
Pas du tout satisfait	5	0,9
Peu satisfait	33	5,9
Assez satisfait	144	25,6
Très satisfait	245	43,5
Complètement satisfait	136	24,2

La satisfaction des répondants par rapport au fait d'avoir réalisé le DES variait en fonction de leur interrégion de DES (voir Tableau 42), mais pas en fonction de leur classe d'âge ancienneté ($p=0,3621$), ni de leur structure actuelle d'exercice ($p=0,3968$).

TABLEAU 42. SATISFACTION PAR RAPPORT AU FAIT D'AVOIR REALISE LE DES SELON L'INTERREGION DE DES

p=0,0195 Satisfaction d'avoir réalisé le DES	Interrégion de formation, n (%)						
	Île-de-France (n=157)	Nord-Est (n=75)	Nord-Ouest (n=65)	Ouest (n=61)	Rhône-Alpes Auvergne (n=55)	Sud (n=56)	Sud-Ouest (n=94)
Pas du tout ou peu satisfait	6 (3,8)	4 (5,3)	5 (7,7)	7 (11,5)	1 (1,8)	10 (17,9)	5 (5,3)
Assez satisfait	38 (24,2)	18 (24,0)	13 (20,0)	18 (29,5)	17 (30,9)	18 (32,1)	22 (23,4)
Très ou complètement satisfait	113 (72,0)	53 (70,7)	47 (72,3)	36 (59,0)	37 (67,3)	28 (50,0)	67 (71,3)

La satisfaction par rapport au fait d'avoir réalisé le DES variait significativement en fonction du domaine d'activité principal (voir Tableau 43).

TABLEAU 43. SATISFACTION PAR RAPPORT AU FAIT D'AVOIR RÉALISÉ LE DES SELON LE DOMAINE D'ACTIVITÉ PRINCIPAL

p=0,0005 Satisfaction d'avoir réalisé le DES	Domaine d'activité principal						
	Épidém., recherche clinique, biostat. (n=203)	Politique de santé et org. des soins (n=78)	Info. médicale (n=103)	Prév. et promotion de la santé (n=28)	Activité clinique (n=55)	Qualité et sécurité des soins (n=53)	Autre (n=36)
Pas du tout ou peu satisfait	8 (3,9)	7 (9,0)	4 (3,9)	3 (10,7)	8 (14,5)	3 (5,7)	3 (8,3)
Assez satisfait	43 (21,2)	14 (17,9)	37 (35,9)	8 (28,6)	24 (43,6)	12 (22,6)	5 (13,9)
Très ou complètement satisfait	152 (74,9)	57 (73,1)	62 (60,2)	17 (60,7)	23 (41,8)	38 (71,7)	28 (77,8)

On notera pour finir que la satisfaction vis-à-vis de sa carrière était liée à la satisfaction d'avoir réalisé le DES de santé publique ($p=0,0005$), à la satisfaction vis-à-vis de la formation pratique reçue ($p=0,0005$) mais pas à la satisfaction vis-à-vis de la formation théorique reçue ($p=0,1109$).

4 Discussion

4.1 Principaux résultats

Arrivés sur le marché de l'emploi, les AISP ont clairement rencontré une demande : 98 % des répondants déclaraient être en activité au moment de l'enquête, ils avaient obtenu leur 1^{er} poste dans un délai inférieur à 1 mois après la fin du DES dans 98 % des cas et rapportaient un délai moyen entre 2 postes inférieur à 1 mois pour 88 % d'entre eux.

Les AISP exerçaient dans le secteur public dans 78 % des cas. Parmi les structures d'exercices, on note la place prépondérante de l'hôpital public où exerçaient 56 % des répondants au moment de l'enquête et où avaient exercé au moins une fois 75 % d'entre eux au cours de leur carrière. Le reste des AISP travaillaient dans une administration publique pour 16 % d'entre eux ou étaient répartis dans un ensemble diversifié de secteurs. Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus par l'association des internes de santé publique d'Île-de-France (le SPI) en 1994 auprès de la première génération d'AISP : à l'époque ils exerçaient dans le secteur hospitalier et hospitalo-universitaire dans 63 % des cas, dans d'autres secteurs publics dans 22 % des cas, dans le privé dans 13 % des cas et dans le secteur associatif pour 2 % d'entre eux.

En ce qui concerne les domaines d'activité, le groupement épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques occupait la première place : il concernait 36 % des répondants au moment de l'enquête et 75 % d'entre eux au cours de leur carrière. Il était suivi de l'information médicale, activité principale de 18 % des répondants lors de l'enquête, puis des politiques de santé et de l'organisation de soins avec 14 % d'entre eux. Ici, on observe des différences avec les résultats de l'enquête du SPI : en 1994, la répartition des domaines d'activité était de 26 % pour l'information médicale, 14 % pour l'épidémiologie, 12 % pour l'activité clinique, 8 % pour la prévention et l'éducation à la santé, 8 % pour l'évaluation des techniques médicales et 8 % pour la pharmacologie clinique. Pour les investigateurs de l'époque, ces résultats étaient « *le fruit d'une situation spécifique aux premières années* », avec de nombreux postes à pourvoir en information médicale (Santé Publique Île-de-France 1995). Même pour le groupe d'AISP dont l'ancienneté était supérieure à 15 ans, le groupement épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques devançait ici l'information médicale, ce qui peut s'expliquer par un changement d'activité d'une partie d'entre eux.

Au sein des établissements publics de santé, les domaines d'activité les plus fréquents parmi les AISP étaient globalement cohérents avec les résultats de l'enquête *Activités hospitalières de santé publique au sein des CHU* réalisée en 2013, où l'activité des médecins spécialistes de santé publique, toutes voies de qualification confondues, se répartissait principalement entre la recherche clinique, la biostatistique et l'épidémiologie clinique (54 %), la gestion du programme de médicalisation des systèmes d'information (32 %) et la qualité-sécurité des soins (27 %) (Gobet 2013).

À noter que la majorité des AISP déclaraient exercer dans au moins un domaine d'activité complémentaire en plus de leur domaine d'activité principal. Dans cette précédente enquête réalisée au sein des CHU, justement, les médecins spécialistes de santé publique s'avaient exercés plus souvent davantage qu'une seule activité que les autres spécialistes travaillant dans les services enquêtés (33 % vs 7 %) (*Ibid.*). Tous secteurs d'exercice et domaines d'activité confondus, les répondants faisaient ici mention d'activités d'enseignement et/ou de recherche en 2010-2011 dans 77 % des cas. Au cours de leur carrière, 73 % des répondants avaient exercé dans plus d'un domaine d'activité principal : après 15 ans d'ancienneté, ils avaient exercé dans plus de 3 domaines en moyenne. On observait une grande variabilité dans le nombre de postes différents occupés, selon l'ancienneté

bien sûr, mais aussi le domaine d'activité principal, jusqu'à des niveaux assez élevés : 3,7 en moyenne après 15 ans de carrière.

Les niveaux de rémunération étaient eux aussi très variables, ils étaient très liés à l'ancienneté et à la structure d'exercice, mais également au sexe. La classe de rémunération moyenne 2 500-3 900 € était la plus fréquente dans les organismes de recherche publique (n=18/34, 53 %) et en établissement public de santé (n=135/312, 43 %). La classe 4 000-5 499 € était la plus fréquente en établissement privé de santé (n=16/35, 46 %) et dans l'administration publique (n=39/88, 44 %). La classe 5 500-6 999 €, enfin, était la plus fréquente dans le secteur privé hors hospitalisation (n=9/36, 25 %). Les différences d'ancienneté d'un type de structure d'exercice à l'autre sont bien sûr à prendre en compte ici.

La satisfaction des AISP vis-à-vis de leur carrière était élevée, les répondants se déclarant très ou complètement satisfaits pour 68 % d'entre eux, ceci indépendamment de leur ancienneté, des caractéristiques de leur formation ou de leur carrière passée et actuelle. Le principal facteur s'avérant associé au niveau de satisfaction était le degré de concordance entre l'orientation principale donnée par un répondant à son DES et son domaine d'activité principal au moment de l'enquête.

L'orientation principale donnée par les AISP à leur DES pendant leur formation était très largement dominée par le groupement épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques, qui avait concerné 59 % d'entre eux. Ces résultats confirment ceux de l'enquête DES du CLISP de 2009 (Alves de Rezende 2010) ainsi que ceux obtenus en 1999 en Île-de-France, où l'épidémiologie et les biostatistiques étaient le domaine n° 1 parmi les activités des internes (Perrillat et Goldberg 1999).

D'autre part, les résultats confirment une volonté forte de se former, en cohérence avec l'incitation généralisée des enseignants à la réalisation de formations complémentaires constatée en 2008-2009 (Alves de Rezende 2010). Presque tous les AISP avaient réalisé de telles formations : au moins un diplôme de niveau master 2 dans 88 % des cas (proportion semblable quelle que soit l'ancienneté), et une thèse de science validée ou en cours de préparation pour 29 % des répondants (en particulier pour ceux s'étant orienté pendant leur DES ou exerçant actuellement dans le domaine de l'épidémiologie, de la recherche clinique et des biostatistiques). Les répondants avaient validé une formation suivie à l'étranger dans 12 % des cas. Ces proportions sont légèrement supérieures à celles recueillies par le SPI en 1994 – où au moins une formation complémentaire avait été suivie par 88 % des répondants, un DEA par 60 % d'entre eux, un DESS par 15 % et un DESC par 21 % (Santé Publique Île-de-France 1995) – ainsi que par l'enquête de 1999 en Île-de-France – qui rapportait un DEA pour 63 % des répondants et un DESS pour 14 % d'entre eux (Perrillat et Goldberg 1999).

Une importante majorité (68 %) des AISP se déclarait très ou complètement satisfaite d'avoir réalisé le DES de santé publique. Ce taux était indépendant de l'ancienneté, mais variait en fonction de l'interrégion de formation. Dans le détail, la satisfaction était plus importante vis-à-vis de la formation pratique que vis-à-vis de la formation théorique reçue pendant le DES, en complète cohérence avec les résultats issus de l'enquête DES de 2008-2009, où l'utilité de la formation pratique au cours du DES était soulignée tandis que la faiblesse de l'offre de formation théorique était regrettée (Alves de Rezende 2010).

4.2 Représentativité et validité des résultats

La population cible de l'enquête a été estimée à un maximum de 1 265 AISP susceptibles d'avoir terminé le DES à la date de l'enquête. En effet, d'après l'édition 1998 de l'annuaire du CLISP, 592 AISP pouvaient être dénombrés au sein des promotions 1984 à 1997. Pour les promotions de 1997 à 2007, suivant une hypothèse

haute selon laquelle le nombre de diplômés serait égal au nombre de postes pourvus à l'internat puis aux épreuves classantes nationales (ne comptabilisant pas les « droits au remords » qui quittent la formation), on peut estimer un maximum de 673 AISP. Ainsi, les 563 réponses obtenues représentent ainsi au minimum 45 % de la population totale estimée d'AISP issus du DES au moment de l'enquête. En permettant d'inclure plus de la moitié des répondants, la méthode incrémentale utilisée pour compléter la liste des médecins spécialistes de santé publique à contacter s'est révélée particulièrement efficace.

Le taux d'AISP enquêtés variait selon la classe d'ancienneté ($p < 0,001$) tout en restant toujours au-dessus de 30 %. Il était d'au moins 49 % dans la classe d'âge 0 à 5 ans, 33 % de 6 à 10 ans, 39 % de 11 à 15 ans et 56 % au-delà de 15 ans. Les AISP ayant répondu à l'enquête avaient validé le DES au cours de l'ensemble des années depuis sa création et étaient issus de 26 subdivisions de formation sur les 28 existantes. Quelques valeurs aberrantes en termes d'ancienneté sont à relever (8 répondants disent avoir terminé leur internat en 1984 ou 1985, alors que celui-ci venait d'être créé), et sont sans doute explicables par une confusion entre année de début d'internat et année de validation du DES.

Du fait d'un échantillon assez important, il a été possible d'analyser les associations entre plusieurs variables. Il a néanmoins été nécessaire de regrouper certains domaines d'activités proches pour avoir une meilleure vision statistique de ces associations entre variables. Ces regroupements de domaines d'activités ont été opérés autour de connaissances et de compétences proches et interdépendantes, ils sont néanmoins discutables et auraient pu être opérés de façon différente. Il est par exemple possible que, pour rendre compte d'activités exercées à cheval sur des domaines connexes, certains répondants aient pu être tentés de déclarer un nombre plus important de domaines d'activité complémentaires ou passés.

4.3 Mise en perspective et implications des résultats

L'un des premiers enseignements de l'enquête porte sur l'influence de la formation initiale sur la carrière des AISP. Le domaine d'activité principal était ainsi lié à l'interrégion de formation, avec une proportion de répondants exerçant dans chaque domaine pouvant varier fortement : de 7 à 20 % pour les politiques de santé et l'organisation des soins, de 3 à 24 % pour la qualité et la sécurité des soins, ou de 13 à 34 % pour l'information médicale. Il a également été observé une influence forte de l'interrégion de formation sur le type de structure d'exercice des AISP, ainsi que sur le nombre de types de structures d'exercice différents connus au cours de leur carrière. Ces variations peuvent en partie être expliquées par les différences significatives également observées en termes d'orientation principale du DES selon l'interrégion de formation : orientation principale déterminée par les choix individuels, mais aussi conditionnée par l'offre de formation pratique. En 2008-2009, en effet, l'enquête *DES de Santé publique* révélait la grande hétérogénéité de la formation entre les subdivisions d'internat, avec notamment une diversité de terrains de stages très variable, en particulier du côté extrahospitalier où elle était manquante dans certaines villes (*Ibid.*).

Le fait d'observer des différences parmi l'ensemble des répondants de la présente enquête à l'aune de la diversité de l'offre de stages constatée en 2008-2009 est bien sûr discutable, dans la mesure où cette offre a pu varier dans le temps. Aucun élément connu ne laisse cependant penser que des évolutions majeures ont été rencontrées dans l'une ou l'autre des subdivisions d'internat, aussi nous avons considéré que cette diversité constatée méritait d'être prise en compte. En s'appuyant sur les résultats de cette enquête antérieure, on notait que l'accès à un exercice extrahospitalier était beaucoup plus fréquent après une formation dans les subdivisions où l'offre de formation pratique était plus diversifiée, il était même 3 fois plus fréquent dans le cas (néanmoins très minoritaire) du secteur privé hors hospitalisation. À la fois interrégion et subdivision de formation, l'Île-de-France concentrait cet effet : presque la moitié des AISP ayant exercé au moins une fois dans

le privé hors hospitalisation pendant leur carrière y avaient validé leur DES, de même que 43 % de ceux qui n'avaient jamais exercé dans le secteur public hospitalier. Or, l'accès à de nombreux stages extrahospitaliers, parmi lesquels des unités de recherche et les principales agences nationales de santé, semble avoir un caractère historique dans la capitale (Perrillat et Goldberg 1999).

Comment interpréter une telle influence entre interrégion de formation et carrière ? D'abord par le fait que des AISP cherchant à exercer dans la région où ils se sont formés sont tributaires d'un marché de l'emploi dont la diversité reflète sans doute en partie la diversité de l'offre de stages de DES. Ensuite, par l'acquisition d'un profil de compétences à valoriser reflétant l'expérience pratique rendue elle-même possible par cette offre de stage. Mais il ne faudrait pas non plus négliger l'importance de la constitution, pendant l'internat, d'un réseau professionnel offrant ensuite des opportunités de recrutement facilitées – hypothèse soulevée lors de l'enquête du SPI de 1994 (Santé Publique Île-de-France 1995) – de même que celle d'une forme de sensibilisation et de prise de conscience de la variété des formes d'exercices possibles au sein de la spécialité, susceptible d'aider les AISP à ensuite s'autoriser certains choix alternatifs.

Deuxième enseignement fort : les connaissances apportées sur les caractéristiques des trajectoires professionnelles des AISP. Dans le détail, il est intéressant d'étudier la variété des profils, en mettant notamment en regard les structures d'exercice actuelle et passées et les domaines d'activité principal, complémentaires et passés. On note surtout l'association entre ancienneté et type de structure d'exercice : l'hôpital public apparaît comme le secteur où exercent de façon privilégiée les AISP en début de carrière, expliquant que près des 3/4 d'entre eux y aient exercé au moins une fois. La proximité avec des stages hospitaliers pendant l'internat ainsi que l'existence de statuts dédiés au post-internat facilitent sans doute les propositions de poste. Les administrations publiques, en revanche, constituaient un secteur d'exercice plus fréquent lorsque l'ancienneté augmentait. En l'absence d'hypothèse en faveur d'un phénomène générationnel, sans doute faut-il y voir une évolution des appétences avec l'âge chez les AISP ainsi qu'une demande de professionnels expérimentés chez ces employeurs. Les organismes de recherche publique et le secteur privé hors hospitalisation se distinguaient par un plus grand nombre d'AISP y ayant exercé par le passé qu'y exerçant actuellement. Dans le 1^{er} cas, sans doute faut-il y voir la marque de périodes spécifiques comme un contrat doctoral ou une « mobilité » dans le cadre d'un cursus hospitalo-universitaire, ainsi que celle du faible nombre de postes de titulaires ouverts. Dans le second cas, il pourrait s'agir d'activités ponctuelles, telles que des missions d'étude et de conseil.

Souvent envisagées comme des éléments d'attractivité et de satisfaction professionnelle (Bérard 2007), la diversité dans les activités exercées et la mobilité entre les postes et structures étaient frappantes dans les résultats. L'augmentation constatée du nombre d'activités complémentaires exercées avec l'ancienneté, faute de pouvoir s'expliquer par des différences générationnelles, semblait illustrer une volonté de diversification de sa propre pratique avec l'âge. Les nombres de domaines et de types de structures passés variaient cependant selon le domaine d'activité principal, mettant en exergue des cas de figure très différents. Les administrations publiques, structures où les AISP avaient occupé un nombre plus élevé de postes au long de leur carrière et où ils avaient davantage d'ancienneté, auraient ainsi pu regrouper des personnes souhaitant évoluer dans leur vie professionnelle, ou favoriser elles-mêmes de telles évolutions du fait de leurs propres modes de fonctionnement. À l'inverse, même s'il faut tenir compte des effets liés aux différences d'ancienneté, les établissements publics de santé et les organismes de recherche publique étaient des secteurs où le nombre de postes exercés était moins élevé, sans doute parce que l'exercice à long terme y est associé à une titularisation. Diversité et mobilité dépendent donc des choix de carrières.

L'exercice de la médecine clinique se singularisait dans ces trajectoires. Pour le faible nombre d'AISP qui avaient orienté principalement leur DES vers la clinique, révélant ainsi un choix précoce, l'exercice dans ce domaine était presque toujours la règle. Pour ceux qui avaient réalisé un DESC, la clinique était très fréquemment retrouvée comme domaine d'activité principal ou complémentaire. Que l'on s'intéresse à l'orientation principale donnée au DES ou à l'activité principale actuelle, la clinique était associée à une moindre satisfaction vis-à-vis du DES, pouvant laisser penser qu'il s'agissait d'une manière de s'éloigner des activités de santé publique. Un constat qu'il ne faut cependant pas généraliser : une activité mixte clinique et non clinique étant fréquemment déclarée et la proportion d'AISP très et complètement satisfaits restant de 42 % parmi les AISP ayant principalement une activité clinique au moment de l'enquête.

Enfin, l'association constatée de la concordance entre l'orientation principale du DES et le domaine d'activité principal avec la satisfaction vis-à-vis de sa propre carrière mérite réflexion. On conçoit qu'un exercice en adéquation avec son aspiration initiale, mise en pratique en tant qu'interne, puisse être gratifiant. Il n'en reste pas moins qu'à l'inverse, en cas d'orientation plus contrainte pendant son internat, il peut être satisfaisant de pouvoir malgré tout exercer l'activité de son choix.

On observait que, sur l'ensemble de leur carrière, presque tous les AISP avaient eu l'occasion d'exercer au moins une fois dans le domaine d'activité correspondant à leur orientation principale (de 83 à 100 % selon le domaine). En outre, une moindre concordance entre orientation initiale et activité principale était associée à un nombre moyen d'activités exercées plus élevé. Ces deux résultats semblent identifier un groupe d'AISP cherchant davantage leur voie et qui ont pu changer de trajectoire après une première forme d'exercice. Leurs motifs ou les obstacles propres à certains domaines/secteurs mériteraient d'être identifiés : alors qu'un faible nombre de répondants a pu ou voulu orienter principalement son DES vers la prévention et la promotion de la santé, c'est le domaine où la concordance avec l'activité principale était la plus faible, plus de la moitié exerçant aujourd'hui dans un autre domaine. S'agit-il de difficultés d'insertion professionnelle dans des conditions jugées satisfaisantes à long terme ? Principal employeur des AISP, l'hôpital public était aussi le type de structure où la concordance entre orientation initiale et activité principale était la plus faible. Plusieurs interprétations peuvent ici être envisagées : des opportunités de changement d'activité répondant à une attente, ou au contraire une condition nécessaire pour s'intégrer à long terme dans ce type de structure. La deuxième interprétation contribuerait à expliquer le déplacement vers d'autres structures au fur et à mesure de l'ancienneté : celui-ci reposerait sur la recherche d'activités correspondant davantage à leur aspiration.

Les résultats de cette enquête sont positifs à plus d'un titre : degré d'insertion dans l'emploi, satisfaction professionnelle, variété des parcours possibles, diversité d'activités et mobilité associées à certaines trajectoires... Autant de connaissances sur les perspectives de carrières qui aideront à l'orientation des jeunes générations. Compte tenu de l'influence de la formation sur l'exercice futur des médecins spécialistes de santé publique, elle souligne l'importance du rôle du CLISP en matière de diffusion de connaissances sur la spécialité et de soutien des internes dans la réalisation de parcours de formation de haut niveau (stages inter-CHU, masters spécialisés, etc.). Une actualisation périodique de ces résultats est à envisager, de même que certains approfondissements. Au moment de l'internat, le regard de ceux ayant fait jouer le mécanisme du droit au remords, car préférant quitter la spécialité, serait très instructif. En ce qui concerne les carrières des AISP, l'étude du domaine d'activité et de la structure d'exercice ne suffit pas à décrire les positions professionnelles qui sont les leurs au sein des hiérarchies et organisations de travail. L'intitulé du poste actuel, s'il montrait ici que les responsabilités de direction et de gestion d'équipe étaient fréquentes chez les répondants, n'a pas été recueilli de façon suffisamment exhaustive et systématique pour permettre une analyse.

Ces résultats invitent aussi une nouvelle fois à envisager la formation pendant l'internat du point de vue de son adéquation aux besoins. En 1992, deux médecins spécialistes regrettaient déjà que « l'absence de prospective relative aux besoins en médecins de santé publique » entraîne « l'impossibilité de quantifier les besoins en formation » (Demeulemeester et Dépinoy 1992). Le SPI aussi constatait en 1994 l'absence d'évaluation formalisée, malgré le caractère essentiel du « repérage prospectif des besoins » (Santé Publique Île-de-France 1995). Une adéquation à envisager quantitativement, du point de vue des effectifs d'internes formés, mais aussi qualitativement, en termes de priorisation des profils de compétences attendus.

Quantitativement, le principe d'une planification des objectifs numériques de formation, à partir du recueil de données sur les besoins de santé de la population et des orientations de la politique de santé, était soutenu par Alain SAVARY, en cohérence avec le rapport SELIGMANN. Introduit dans la loi de 1982 sous la forme de commissions régionales et d'une coordination nationale, ce principe ne s'est néanmoins pas vu traduit dans de véritables instruments, ni concrétisé (Bercelli 1986). À l'exception de la médecine générale, qui a fait l'objet de choix délibérés d'augmentation des effectifs en rapport avec une stratégie politique affichée, la régulation des postes ouverts à l'internat sur proposition de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de santé semble le plus souvent viser une simple stabilisation démographique de chaque spécialité face aux projections de départs en retraite.

Qualitativement, une simple lecture des résultats de l'enquête révèle un constat intéressant : les situations inversées du groupement épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques et du domaine de l'information médicale. Le premier était clairement prédominant en tant qu'orientation principale du DES, mais conduisait 41 % de ceux formés prioritairement dans ce domaine à exercer dans un autre domaine au moment de l'enquête, témoignant d'une forme de saturation de l'accès à ce domaine d'exercice, fort heureusement sans conséquence négative sur la satisfaction tant vis-à-vis du DES que de la carrière. Pour le second domaine, celui de l'information médicale, la demande est supérieure à l'offre : presque tous ceux qui ont opté pour cette orientation principale pendant leur DES y exerçaient leur activité principale au moment de l'enquête, mais ils étaient accompagnés de 63 % d'AISP qui s'était orientés initialement dans un autre domaine.

Pour dépasser cette lecture en termes de marché, avec son offre et sa demande, revenir au projet initial de la création du DES est intéressant. BALY *et al.* l'analysent comme une « tentative d'institutionnalisation de la santé publique » et proposent d'étudier le degré d'intégration des AISP dans les organisations du système de santé pour en mesurer la traduction dans la réalité. Ils estiment que le positionnement, aujourd'hui majoritaire, dans le domaine de la production de données et de connaissances (illustré ici par le groupement épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques) correspond moins au rôle stratégique prévu au début des années 1980 que celui de gestionnaires de l'offre de soins (illustré ici par les politiques de santé et l'organisation des soins), aujourd'hui minoritaire (Baly *et al.* 2016). Une telle intégration ne se joue bien sûr pas uniquement au cours de la formation initiale, mais est un élément structurant pour proposer une priorisation.

L'importance d'une réflexion prospective sur les besoins de formation est aujourd'hui renforcée par la période d'évolution démographique qui a été entamée, où de nombreux départs en retraite sont à prendre en compte (Demeulemeester et Dépinoy 2006). En considérant que le DES est aujourd'hui la voie d'accès principale à la spécialité – c'était le cas pour 72 % des médecins qualifiés entre 2009 et 2014 (Nicodème 2015) – se pose notamment la question de l'investissement des secteurs et domaines jusqu'ici plus souvent occupés par des médecins spécialistes secondairement qualifiés, tels que la prévention et la promotion de la santé, l'exercice dans les collectivités territoriales, etc. De même, à l'heure où le concours de MISP peine à susciter des candidatures, il faut poser la question de la façon pour les médecins spécialistes de jouer pleinement un rôle structurant dans les administrations et la conduite des politiques de santé.

La possibilité d'exercer dans des domaines d'activité complémentaires et les possibilités d'évolution de carrière constatées dans les résultats de cette enquête viennent confirmer les perceptions de beaucoup d'AISP. Une telle polyvalence, sans remettre en question l'importance d'acquérir une spécialisation, vient rappeler le caractère essentiel d'un socle de formation généraliste et transversal pendant l'internat. Un tel socle devrait être rendu possible par la mise en pratique d'une formation à la fois multidisciplinaire et multisectorielle. Du point de vue disciplinaire, on est cependant interpellé par la surreprésentation du domaine épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques dans le périmètre académique : alors qu'il était le domaine d'activité principal de 37 % des AISP, il constituait le domaine d'activité principal de 59 % des hospitalo-universitaires statutaires et celui de 79 % des AISP en poste dans un organisme de recherche publique. L'influence de la santé publique académique sur l'organisation et le contenu de la formation peut ainsi expliquer que ce même domaine constituait en outre l'orientation principale du DES pour 59 % des AISP.

Il faut rappeler ici que la santé publique dans son ensemble est au croisement de deux mondes professionnels, traitant tous deux des aspects collectifs de la santé, mais faisant depuis longtemps l'objet de cloisonnements : celui de la recherche et de l'enseignement, d'une part, et celui de l'action et de l'intervention auprès des populations, d'autre part. Une « bipolarité constitutionnelle » source de « rivalités » entre santé publique académique et santé publique praticienne qui se lit au plan institutionnel à travers la « cohabitation de deux tendances », l'une portée par les universités, les centres hospitaliers universitaires (CHU) et l'Inserm et l'autre par l'École nationale de la santé publique (devenue École des hautes études en santé publique), les administrations centrales et territoriales ainsi que les agences sanitaires (Spira 2006). Or, la biostatistique, l'épidémiologie et la méthodologie de la recherche clinique prédominent côté académique, tandis que la multidisciplinarité propre à la santé publique peine à s'y concrétiser, du fait des logiques internes au monde universitaire (Salomez et Quantin 2006). Et même si la nécessité de permettre « de nombreux stages en dehors du milieu hospitalier » était déjà soulignée par Alain SAVARY comme dans le rapport SELIGMANN (Bercelli 1986), le constat récurrent est celui d'un internat où les activités scientifiques sont davantage valorisées que les activités de terrain (Baudier 2007; Alves de Rezende 2010).

À la question des disciplines s'ajoute celle de l'acquisition d'autres savoir-faire, plus empiriques, qui conduisent les médecins de la spécialité à souligner l'importance d'une formation non seulement pluridisciplinaire, mais aussi pluri-institutionnelle au cours de l'internat (Sarlon 2006). Une diversité des structures professionnelles dont il faut faire l'expérience pour être ensuite à même de « comprendre et traduire » les informations, dans un positionnement souvent à l'« interface », par exemple entre soignants et gestionnaires (Carriot et Ruffié 2000). Il se joue ici l'acquisition d'une « ingénierie professionnelle », de capacités « de manager et d'assembler » au sein d'équipes pluridisciplinaires, tout aussi importantes que la maîtrise des méthodes et outils relevant de l'expertise en santé publique (Demeulemeester et Dépinoy 2006). L'enjeu est aussi d'installer dès la formation une « meilleure proximité entre chercheurs et praticiens » afin de favoriser le développement de la prise de décision rationnelle en santé publique : en améliorant la pertinence et l'applicabilité des résultats de la recherche pour leur utilisation pratique, ainsi qu'en donnant une plus grande place, au-delà de la recherche, à l'évaluation des actions (Bréart 2006).

Demeulemeester et Dépinoy constataient justement, en 1992, le manque de lien « entre les trois piliers qui sont à la base d'une discipline : pratique, enseignement et recherche », source d'appauvrissement. Ils regrettaient en 2007 que le « le divorce persiste », au risque de voir se vérifier une formule provocante : le fait que la santé publique soit « une discipline que les enseignants ne pratiquent pas (du moins en dehors de l'hôpital), que les praticiens n'enseignent pas et que les chercheurs ni ne pratiquent ni n'enseignent » (Demeulemeester et Dépinoy 1992; Demeulemeester et Dépinoy 2006). Dit autrement, « toute formation en santé publique doit viser à

concrétiser le décloisonnement souhaité (mais souvent difficile à réaliser) entre l'organisation des soins et la prévention, l'action et la recherche » (Baudier 2007).

La révision de la maquette du DES entérinée en 2017 sera susceptible, si elle se voit mise en pratique dans les enseignements, d'apporter davantage de pluridisciplinarité. Mais la formation reste encore trop souvent conçue du point de vue des disciplines scientifiques qui permettent la production de connaissances en santé publique et pas assez dans sa dimension pratique orientée vers l'intervention. Certains verrous doivent probablement être levés pour permettre enfin un tel décloisonnement, telle que la possibilité – envisagée plusieurs fois en santé publique et que les médecins généralistes sont parvenus à mettre en pratique – de permettre des carrières à cheval sur l'université et sur d'autres structures extrahospitalières représentatives des activités exercées au sein de la spécialité (Demeulemeester et Dépinoy 1992). L'association du statut universitaire à l'exercice hospitalier est aujourd'hui systématique, seules de rares dérogations ayant été accordées (Spira 2006).

Pour finir, notons que la variété des domaines et structures d'exercice des AISP ne peut que renforcer le « *besoin d'affirmer une identité et une volonté communes* » constaté dès la création du DES et perçu par des générations d'internes mobilisés (Bercelli 1986). La définition d'une identité professionnelle collective, dans laquelle les internes et AISP puissent se reconnaître, pourrait être une étape importante dans le développement de la spécialité.

Les auteurs remercient tous les AISP et internes de santé publique qui ont permis ce travail en répondant à l'enquête et en mutualisant leurs contacts, le groupe de travail qui a participé à son élaboration (Mélodie BERNAUX, Martin BLACHIER, Frédéric DUGUÉ, Jean-Baptiste ESCUDIÉ, José GUERRA, Antoine NEURAZ), Jean-Baptiste GORRE qui a participé activement à sa mise en œuvre, le SNSP qui a donné accès à son annuaire, ainsi que Sophie TEZENAS DU MONTCEL et Arthur BARNAY dont le coup de pouce a permis l'estimation des effectifs de médecins issus du DES.

5 Références

ALVES DE REZENDE Bruna, 2010, *La formation des internes de santé publique en France. Offre et satisfaction*, thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en médecine, Bordeaux 2 - Victor Segalen, Bordeaux, 102 p.

BALY Olivier, KLETZ Frédéric, SARDAS Jean-Claude et ALVES DE REZENDE Bruna, 2016, « Articulier les dynamiques professionnelles et institutionnelles : un nouveau défi des systèmes de santé », Brasilia, 27ème Congrès de l'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé.

BAUDIER François, 2007, « La formation en santé publique : osons la différence ! Expérience de l'Université d'été francophone en santé publique », *Santé Publique*, 2007, vol. 19, sup. 1, p. 149-151.

BERARD Alain, 2007, « Les médecins spécialistes de santé publique », *Santé Publique*, 2007, vol. 19, sup. 1, p. 53-60.

BERCELLI Paolo, 1986, *La filière de Santé publique de l'internat en médecine*, mémoire de Diplôme Universitaire de Méthodologie en Santé Communautaire, Rennes 1, Rennes, 72 p.

BREART Gérard, 2006, « Recherche et formation en santé publique : des liens à renforcer », *Actualité et dossier en santé publique*, 2006, vol. 55, p. 59-60.

CARRIOT Florence et RUFFIE Antoine, 2000, « Les internes de santé publique au sein des CHU. Formation, rôles et compétences », *Gestions Hospitalières*, 2000, vol. 395, p. 300-302.

DEMEULEMEESTER René et DEPINOY Michel, 2006, « Réflexion sur la formation des médecins en santé publique, treize ans plus tard », *Actualité et dossier en santé publique*, 2006, vol. 55, p. 51-52.

DEMEULEMEESTER René et DEPINOY Michel, 1992, « Une culture de santé publique en voie de développement : réflexions sur l'avenir de la formation des médecins en santé publique », *Actualité et dossier en santé publique*, 1992, vol. 1, p. 6-9.

GOBET Aurélie, 2013, *Activités hospitalières des médecins de santé publique. Enquête nationale auprès des CHU en France, 2013*, thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en médecine, Bordeaux 2 - Victor Segalen, Bordeaux, 65 p.

NICODEME Robert, 2015, *Étude comparative des voies de qualification des spécialités médicales*, Paris, Conseil National de l'Ordre des Médecins.

PERRILLAT Florence et GOLDBERG Marcel, 1999, « Que font les internes de Santé Publique d'Île-de-France au cours de leur internat ? », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 1999, vol. 47, p. 90-92.

SALOMEZ Jean-Louis et QUANTIN Catherine, 2006, « État actuel et perspectives de la formation universitaire en santé publique en France », *Actualité et dossier en santé publique*, 2006, vol. 55, p. 49-50.

SANTE PUBLIQUE ÎLE-DE-FRANCE, 1995, « Enquête sur le devenir des internes de santé publique », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 1995, vol. 43, p. 385-387.

SARLON Emmanuelle, 2006, « L'offre actuelle de formation en santé publique en France », *Actualité et dossier en santé publique*, 2006, vol. 55, p. 17-22.

SPIRA Alfred, 2006, « Les besoins de formation en santé publique et leurs évolutions », *Actualité et dossier en santé publique*, 2006, vol. 55, p. 38-41.