

ANNEE 2024

THESE

N° 2024SORUZ233

PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE
Diplôme d'Etat

SPECIALITE : SANTE PUBLIQUE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25/10/2024

Par

Bérenger THOMAS

Né le 2 novembre 1994 à Villeneuve-Saint-Georges (94)

SE CONSTRUIRE A LA CROISEE DE LA MEDECINE ET DE LA SANTE PUBLIQUE :
ETUDE DES PARCOURS DE FORMATION ET DES PROCESSUS DE SOCIALISATION
DES INTERNES DE SANTE PUBLIQUE FRANCILIENS

CO-DIRECTEUR DE THESE :	DUGUE Frédéric
CO-DIRECTRICE DE THESE :	FOURNIER Cécile
PRESIDENTE DU JURY :	ROUQUETTE Alexandra
MEMBRE DU JURY :	ALVES DE REZENDE Bruna
MEMBRE DU JURY :	SCHWEYER François-Xavier

Remerciements

A Alexandra Rouquette, Bruna Alves de Rezende et François-Xavier Schweyer, vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse, et d'évaluer et d'enrichir ce travail, en apportant chacun un regard différent. Je vous en remercie sincèrement.

A Frédéric et Cécile, merci pour votre accompagnement tout au long de cette thèse, vos remarques, suggestions et conseils toujours pertinents, et ces échanges et réflexions très riches, qui ont ponctué ce travail. J'espère avoir le plaisir et la chance de continuer à travailler avec vous par la suite.

Aux internes et médecins rencontrés et interrogés dans le cadre de cette thèse, merci de m'avoir accordé votre confiance et d'avoir participé à ce travail en me donnant un peu de votre temps et de votre histoire.

A mes encadrants de stages, Thierry Blanchon, Caroline Guerrisi, Pénélope Troude, Frédéric Dugué, Mathilde Pascal, Sylvia Medina, Sandrine Danet, Alexandra Fourcade, Luc Ginot, merci pour votre accompagnement au cours de mes différents semestres d'internat. Chacune et chacun d'entre vous a contribué à mon développement en tant que futur médecin de santé publique.

A l'ensemble des internes rencontrés au cours de ces 5 dernières années, merci pour les moments partagés ensemble. Il ne m'est pas possible de citer tous les noms, j'espère qu'ils se reconnaîtront. Un merci particulier :

- à mes co-internes de la promotion 2019, et notamment Jessica, Guillaume, Rémi, Sébastien ;
- à mes co-internes de l'option administration de la santé : Carola, Guillaume, Julian, Lyvio, Sarah, Sébastien, Serena ;
- à mes co-internes avec qui j'ai partagé une ou plusieurs années associatives, notamment Cécile, Sander, Sara, Léo, Ophélie, Domitille, Xavier, Aurélie, Carola, Lucie, Louise, et bien sûr Cynthia lors d'une année riche mais intense à la présidence du CLISP ;
- au groupe « *En jeux de santé publique* » pour nos soirées à débattre et discuter de tout et de rien.

Merci plus largement à l'ensemble des personnes rencontrées au cours de l'internat, dans les stages, les cours, les congrès ou ailleurs.

Merci à mes amis en dehors de l'internat : les Tropinators – et notamment les 2 premiers, Sabrina et Alexandre –, ceux qu'on est sûr de voir à la fin, les détenteurs de la carte blanche, les Queens, et bien d'autres !

A ma famille, mes parents, Yannick et Sylvie, et ma sœur, Marie, merci pour... à peu près tout, merci pour votre soutien, et d'avoir largement contribué à faire de moi la personne que je suis aujourd'hui.

A Cyril, merci pour ces 5 années d'aventures et de bonheur.

Table des matières

Remerciements.....	2
Table des Figures.....	7
Table des Tableaux.....	8
Liste des annexes.....	9
Liste des sigles et acronymes.....	10
Introduction.....	12
I. Les médecins de santé publique aujourd’hui.....	13
I.1. Des effectifs difficiles à estimer.....	13
I.2. Différentes voies de formation.....	14
I.3. Le DES de santé publique.....	16
I.4. Le besoin de se rassembler : les associations d’internes et médecins de santé publique.....	20
I.5. Quel devenir pour les internes de santé publique ?	22
II. Les médecins et la santé publique.....	23
II.1. Rappel sur les études de médecine.....	23
II.2. Le modèle du médecin : un modèle centré sur la clinique.....	24
II.3. La santé publique a-t-elle une place dans les études médicales ?	25
II.4. Un exercice plus répandu qu’il n’y paraît.....	27
II.5. Une image négative au sein du milieu médical	28
III. Les difficultés rencontrées par les médecins de santé publique.....	31
III.1. Plus des cliniciens, toujours des médecins ?.....	31
III.2. Une « balkanisation » de la santé publique	32
III.3. Une formation théorique et pratique parcellaire	33
III.4. Une identité difficile à construire	35
Problématique	36
I. Rappel des principaux constats	36
II. Problématique	37
Méthode	38
I. Cadrage de la thèse.....	38
I.1. Groupe professionnel étudié : les médecins de santé publique formés via l’internat....	38
I.2. De la question de l’identité à la notion de socialisation.....	38
I.3. Questions et hypothèses initiales	40

II. Le choix d'une approche mixte.....	42
II.1. Approche exploratoire : une démarche nourrie par mon vécu personnel de l'internat .	42
II.2. L'objectivation des parcours de formation pratique des internes de santé publique d'Île-de-France	44
II.3. L'étude des processus de socialisation des internes de santé publique.....	48
Volet I : Parcours de formation des internes de santé publique franciliens	58
I. Caractéristiques des internes	58
II. Parcours durant l'internat de santé publique	61
II.1. Terrains de stage	61
II.2. Parcours des internes ayant terminé un internat de santé publique.....	63
III. Discussion	72
III.1. Synthèse des résultats	72
III.2. Forces et limites	73
III.3. Mise en perspective avec la littérature	75
Volet II : Processus de socialisation des internes de santé publique	82
I. Des moutons noirs en médecine ? Des premiers décalages jusqu'au choix de la santé publique.....	84
I.1. Médecine, un choix sous de multiples influences.....	84
I.2. Faire face au désenchantement : s'ajuster ou s'en aller ?	89
I.3. Choisir la santé publique : la suite logique d'un parcours qui prend ses distances avec la médecine.....	100
I.4. Conclusion.....	112
II. Interne de santé publique : une socialisation « hors » de la médecine ?	114
II.1. « Débarquer » en santé publique	114
II.2. Se socialiser à des savoirs et des pratiques différentes.....	121
II.3. Construire son parcours : du choix de stages au choix d'une orientation	142
II.4. Une nouvelle place à trouver en étant accompagné	154
II.5. Socialisation des internes de santé publique : un exemple de construction progressive d'un parcours et d'une juridiction professionnelle.....	175
II.6. Conclusion	179
III. De la socialisation commune à l'identité collective : une conversion du regard sur sa propre place qui reste néanmoins inachevée	180
III.1. De <i>médecin</i> à <i>médecin de santé publique</i> : du colloque singulier à l'interface entre des mondes variés.....	180
III.2. Une position professionnelle dans les marges, vécue comme déstabilisante	190
III.3. Réajuster sa vision sur sa place et son identité.....	205

III.4. Deux cheminements contrastés d'internes de santé publique	217
III.5. Conclusion	227
Discussion	230
I. Discussion générale	230
I.1. Ce que nous apprend l'étude des parcours et des processus de socialisation des internes de santé publique.....	230
I.2. Un internat où il faut faire sa place.....	232
I.3. Des enjeux partagés au-delà des frontières.....	236
II. Perspectives	239
II.1. Pour la formation : des considérations à intégrer	239
II.2. Pour la recherche : des travaux à poursuivre.....	242
Bibliographie	244
Annexes	258

Table des Figures

Figure 1. Répartition des différents médecins pouvant être inclus sous le terme « médecin de santé publique »	14
Figure 2. Schéma du déroulement des études de médecine avant la rentrée 2023	24
Figure 3. Schéma des différents éléments et liens constituant le parcours d'un enquêté	55
Figure 4. Schéma des regroupements et liens entre les propriétés étiquetées se rapportant aux mécanismes à l'œuvre au cours de l'internat de santé publique	56
Figure 5. Schéma des liens entre les propriétés étiquetées au sein d'une sous-thématique pendant l'internat.....	57
Figure 6. Diagramme de flux des internes de santé publique franciliens inclus dans l'étude quantitative des parcours de formation	58
Figure 7. Parcours des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant terminé un internat de santé publique selon les types de semestres réalisés.....	65
Figure 8. Parcours des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant réalisé un internat de santé publique complet*, selon le type de structure des stages réalisés	71
Figure 9. Parcours des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant réalisé un internat de santé publique complet*, selon le pôle principal des stages réalisés	72

Table des Tableaux

Tableau 1. Liste des entretiens réalisés et principales caractéristiques des enquêtés	52
Tableau 2. Caractéristiques et parcours des internes de santé publique franciliens des promotions 2004 à 2018 selon leur mode d'entrée dans la spécialité	59
Tableau 3. Caractéristiques et parcours des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant arrêté l'internat de santé publique avant de l'avoir terminé	60
Tableau 4. Caractéristiques des terrains de stage agréés en santé publique en Île-de-France au 1 ^{er} août 2024, ou anciennement agréés	62
Tableau 5. Terrains de stage les plus choisis par les internes de santé publique franciliens des promotions 2004 à 2018	63
Tableau 6. Nombre et type de semestres réalisés par les internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant terminé un internat de santé publique, selon leur promotion ECN	64
Tableau 7. Caractéristiques des parcours de stages des internes de santé publique franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant suivi un internat de santé publique complet*	66
Tableau 8. Caractéristiques des parcours de stages des internes de santé publique franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant suivi un internat de santé publique complet* selon l'orientation principale du parcours.....	69
Tableau 9. Enchaînement des stages les plus fréquents (10 premiers) selon le type de structure, parmi les internes de santé publique franciliens des promotions 2004 à 2018	70
Tableau 10. Enchaînement des stages les plus fréquents (10 premiers) selon le pôle principal, parmi les internes de santé publique franciliens des promotions 2004 à 2018	70

Liste des annexes

Annexe 1. Guide d'entretien	258
Annexe 2. Arbre de codage.....	260
Annexe 3. Caractéristiques des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant choisi la santé publique à l'issue des ECN, selon la promotion ECN	265
Annexe 4. Caractéristiques des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant réalisé un droit au remords vers la santé publique, selon la promotion ECN	266
Annexe 5. Caractéristiques des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant arrêté l'internat de santé publique avant sa fin, selon la promotion ECN	267
Annexe 6. Caractéristiques des parcours de stages des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant suivi un internat de santé publique complet*, selon la diversité du parcours	268
Annexe 7. Parcours des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant réalisé un internat de santé publique complet*, selon le changement ou non du type de structure d'un stage à l'autre	270
Annexe 8. Parcours des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant réalisé un internat de santé publique complet*, selon le changement ou non du type de pôle d'un stage à l'autre	271
Annexe 9. Exemples de fiche d'évaluation de stages d'internat complétées lors des stages en santé publique	272
Annexe 10. Table des matières détaillée	273

Liste des sigles et acronymes

AMISPA : Association des médecins exerçant des missions de santé publique en administration

ARS : agence régionale de santé

CeGIDD : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CES : certificat d'études spécialisées

CHU : centre hospitalier universitaire

CIRC : Centre international de recherche contre le cancer

CLISP : Collège de liaison des internes de santé publique

CNAM : Caisse nationale de l'Assurance maladie

CNG : Centre national de gestion

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

CNP-SP : Conseil national professionnel de santé publique

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNU : Conseil national des universités

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CUESP : Collège universitaire des enseignants en santé publique

DEA : diplôme d'études approfondies

DES : diplôme d'études spécialisées

DESC : diplômé d'études spécialisées complémentaires

DESS : diplôme d'études supérieures et spécialisées

DIM : département d'information médicale

DIU : diplôme interuniversitaire

DU : diplôme d'université

ECN : épreuves classantes nationales

EDN : épreuves dématérialisées nationales

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EHESS : Ecole des hautes études en sciences sociales

ENSP : Ecole nationale de santé publique

FST : formation spécialisée transversale

HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut national de veille sanitaire

ISNI : Intersyndicale nationale des internes

ISNIH : Intersyndicat national des internes des hôpital

LCA : lecture critique d'article

MISP : médecin inspecteur de santé publique

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé

ONG : organisation non gouvernementale

ORL : oto-rhino-laryngologie

PASS : permanence d'accès aux soins de santé

PMI : protection maternelle et infantile

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

RGPD : règlement général sur la protection des données

RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé

SFSP : Société française de santé publique

SNDS : système national des données de santé

SNSP : Syndicat national des médecins de santé publique

SPI : Association des internes de santé publique d'Île-de-France

SQL : structured query language

Introduction

L'exercice de la santé publique par les médecins n'est pas nouveau. Dès l'Antiquité, des médecins s'emparent de concepts qui font écho à la santé publique telle que nous la connaissons aujourd'hui. Hippocrate puis Galien insistent sur l'importance de l'influence des milieux et des habitudes de vie sur l'état de santé : alimentation, activité physique, hygiène et assainissement de l'eau, ou encore influence des saisons [Raimondeau et Carmona 2020]. Au Moyen-Âge, le développement de la santé publique porte principalement sur la gestion du risque infectieux, en réponse aux grandes épidémies sévissant alors en Europe. Des médecins participent, probablement de manière un peu distante, à la réponse à ces crises à travers différentes mesures comme la quarantaine ou les lazarets [Fox 1988].

A partir du XVIII^e siècle, l'hygiène publique prend une place croissante, s'appuyant notamment sur le développement des statistiques et de l'épidémiologie comme en témoignent les travaux des médecins Louis-René Villermé en France ou John Snow au Royaume-Uni [Dab 2021]. La médecine sociale se développe également, en lien notamment avec la lutte contre la tuberculose. Différents organismes et organisations sont progressivement mis en place, incluant à chaque fois des médecins : réseau de 150 médecins cantonaux à la fin du XVIII^e siècle [Depinoy 2013], les conseils d'hygiène publique et de salubrité, progressivement déployés dans les départements français à partir de 1802, le Comité consultatif d'hygiène publique de France créé en 1848 et qui deviendra le Conseil supérieur d'hygiène publique de France en 1902 puis le Haut Conseil de la santé publique en 2004. En parallèle de l'émergence d'une spécialité médicale d'hygiène publique au XX^e siècle [Pinell 2005], la place des médecins dans les administrations se développe, avec l'apparition des inspecteurs départementaux d'hygiène en 1902, puis des médecins inspecteurs de santé en 1940 qui deviennent médecins inspecteurs de santé publique (MISP) en 1991 [Raimondeau et Bréchat 2002].

La définition de la santé publique est toujours un exercice délicat. Terme polysémique, la santé publique peut désigner différents objets se recoupant de façon plus ou moins importante : situation épidémiologique, mode de gestion, domaine d'activité, champ disciplinaire [Fassin 2008].

L'une des définitions traditionnelle de la santé publique est celle de Charles-Edward Winslow : « *La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé physique et l'efficacité à travers les efforts coordonnés de la communauté pour l'assainissement de l'environnement, le contrôle des infections dans la population, l'éducation de l'individu aux principes de l'hygiène personnelle, l'organisation des services médicaux et infirmiers pour le diagnostic précoce et le traitement préventif des pathologies, le développement des dispositifs sociaux qui assureront à chacun un niveau de vie adéquat pour le maintien de la santé* » [Winslow 1920]. Il s'agit ici de définir la santé publique comme une pratique, distincte de la clinique, visant au maintien et à l'amélioration de la santé de la population.

La santé publique, en tant qu'objet, peut également désigner l'état de santé de l'ensemble de la population, c'est-à-dire une « *réalité épidémiologique* » [Fassin 2008]. C'est typiquement le sens

de ce terme lorsque l'on parle d'enjeu de santé publique. Elle est également une manière de gérer la santé, en opposition au secteur privé. Enfin, la santé publique peut également désigner un champ disciplinaire et universitaire. Il s'agit alors de définir la santé publique comme un ensemble de disciplines d'études, avec des savoirs, des règles, des revues ou encore des sociétés savantes qui lui sont propres.

La pratique de la santé publique par des médecins peut ainsi s'inscrire dans ces différents cadres.

I. Les médecins de santé publique aujourd'hui

I.1. Des effectifs difficiles à estimer

La spécialité médicale de santé publique s'est progressivement développée en France au cours du XX^e et du XXI^e siècles, et aujourd'hui, les médecins de santé publique représentent un effectif non négligeable. En 2023, le nombre de médecins de santé publique était estimé entre 1600 et 2100 [Gautier et al. 2024]. Le dénombrement exact de ces professionnels reste compliqué, aucune source de données n'étant exhaustive (**Figure 1**). Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), lié aux inscriptions auprès de l'Ordre des médecins, comptabilisait 1654 médecins de santé publique en 2023. Cependant, ce nombre ne tient pas compte des médecins exerçant une activité de santé publique mais ayant une autre qualification, ni des médecins qualifiés en santé publique mais exerçant une autre spécialité. Elle ne tient également pas compte des médecins non-inscrits auprès de l'Ordre des médecins : les médecins du service de santé des armées, les médecins fonctionnaire de l'Etat ou agent titulaire d'une collectivité locale¹ et les médecins exerçant une autre activité professionnelle [CNOM 2015]. En s'appuyant sur le nombre d'étudiants en médecine ayant choisi de suivre un internat de santé publique, un maximum de 2114 médecins de santé publique anciens internes de santé publique a été calculé en 2023 [Gautier et al. 2024]. Là encore, cette estimation ne reflète pas fidèlement la réalité, puisqu'elle ne tient pas compte des arrêts prématurés, changements de carrière et décès, ni des médecins de santé publique formés par d'autres voies.

¹ Art. L4112-6 du Code de la santé publique

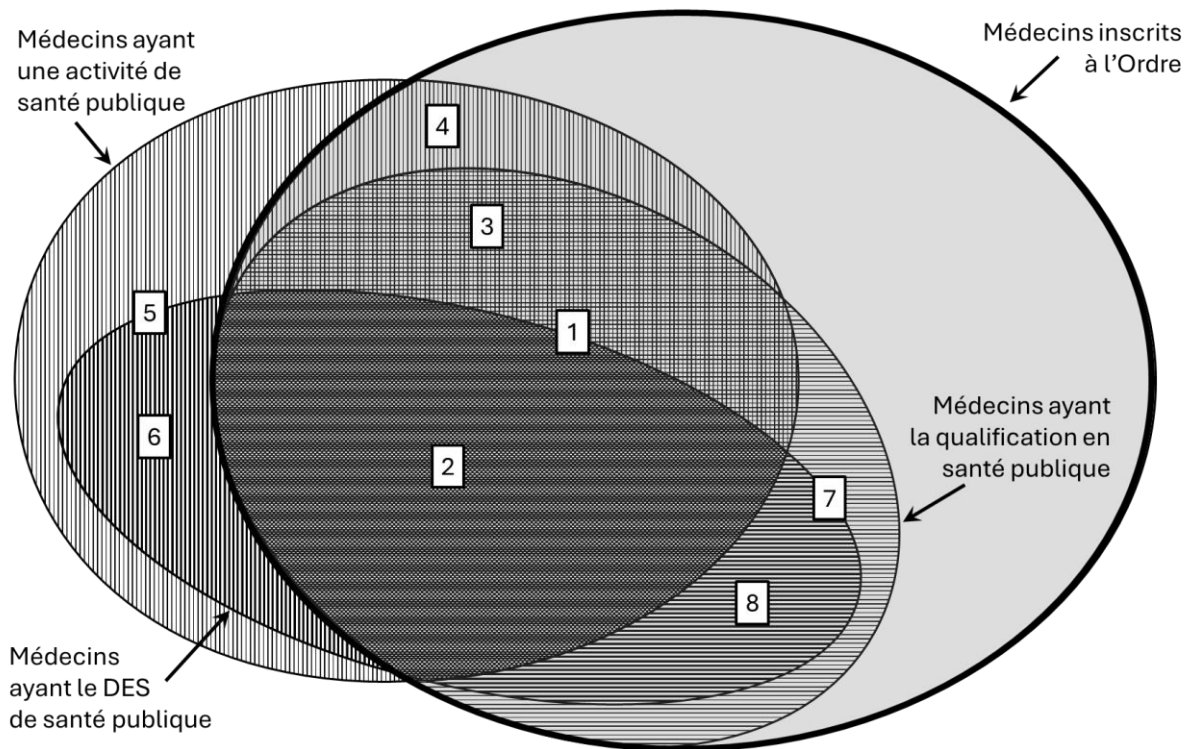


Figure 1. Répartition des différents médecins pouvant être inclus sous le terme « médecin de santé publique »

(1) Médecins qualifiés en santé publique auprès de l'Ordre et exerçant une activité de santé publique, dont (2) médecins issus de l'internat de santé publique et (3) médecins qualifiés par une autre voie. (4) médecins ayant une activité de santé publique mais inscrits à l'Ordre avec une autre qualification. (5) médecins ayant une activité de santé publique et non-inscrits à l'Ordre, dont (6) médecins issus de l'internat de santé publique. (7) médecins inscrits à l'Ordre avec la qualification de santé publique mais exerçant une autre activité, dont (8) médecins issus de l'internat de santé publique. Ne sont pas représentés sur ce schéma les internes de santé publique ayant quitté l'internat avant l'obtention du DES (diplôme d'études spécialisées), ainsi que les médecins ayant cessé leur activité.

Même si les données disponibles ne permettent pas d'obtenir une estimation précise de l'effectif des médecins de santé publique, elles montrent une augmentation progressive de cet effectif. Le nombre de médecins de santé publique est ainsi passé de 26 en 1989 [CNOM 2005], à environ 500 en 1995, puis à plus de 1000 dans les années 2000 [Sicart 2013]. Cet accroissement s'est poursuivi, avec 1275 médecins recensés en 2009 et 1662 en 2013 [Cabot 2013]. D'autres sources comptabilisaient déjà 1760 médecins de santé publique en 2005, soulignant une fois de plus les difficultés de recensement mais la dynamique positive avec une croissance de 74 % en six ans [Bérard 2007]. Enfin, les projections pour les années à venir montrent une certaine stabilisation, avant une nouvelle augmentation à partir de 2030 environ, liée à une augmentation globale du nombre de médecins [Gautier et al. 2024].

I.2. Différentes voies de formation

Les difficultés de recensement des médecins de santé publique découlent notamment de la diversité des formations suivies par ces médecins. Au fur et à mesure du développement de la

santé publique au XX^e et au XXI^e siècles, différentes voies d'accès sont apparues permettant aux médecins de se spécialiser en santé publique :

- la formation de médecin inspecteur de santé puis médecin inspecteur de santé publique (MISP), au sein de l'Ecole nationale de santé publique (ENSP) créée en 1945, devenue Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) en 2007 [Raimondeau et Bréchat 2002] ;
- le certificat d'études spécialisées (CES) « hygiène scolaire et universitaire » (1949), le CES « hygiène et action sanitaire et sociale » (1951) devenu ensuite certificat de « médecine préventive, santé publique et hygiène » (1973), et le CES « santé publique » (1981), accessibles jusqu'en 1984 [Petit 2020] ;
- les diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) comme l'addictologie ou la médecine infectieuse et tropicale² ;
- les formations spécialisées transversales (FST) comme la médecine scolaire ou la bio-informatique médicale, qui remplacent les DESC à partir de 2017³ ;
- les maitrises, notamment les maitrises de « sciences biologiques et médicales », qui comprenaient trois certificats : « statistique, informatique et modélisation », « méthodes en recherche clinique et épidémiologique », « informatique médicale » [Mauffret 1992] ;
- les diplômes d'études supérieures et spécialisées (DESS), dont au moins 12 étaient identifiés comme couvrant un champ de la santé publique en 1992 [Mauffret 1992], mais ce recensement n'était pas exhaustif et d'autres DESS de santé publique ont existé, par exemple : « santé communautaire et médecine sociale » [Petit 2020], « informatique médicale » [Perrillat et Goldberg 1999] ;
- les diplômes d'études approfondies (DEA), dont au moins 14 étaient orientés vers un ou plusieurs domaines de la santé publique en 1992 [Mauffret 1992], mais dont le recensement n'était là aussi pas exhaustif, par exemple : « statistiques et santé », « biomathématiques, biostatistique, bioinformatique, épidémiologie », « santé publique et pays en voie de développement » [Perrillat et Goldberg 1999] ;
- les masters, ayant pris la suite des maitrises, DESS et DEA dans les années 2000, et dont au moins 75 parcours différents portant une mention de santé publique ont été identifiés en 2010 [Alves de Rezende 2010] ;
- les diplômes d'université (DU) ou interuniversitaires (DIU), très nombreux mais dont les diplômes ne sont pas reconnus au plan national ;
- les formations organisées par différents organismes comme l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), l'Institut d'études politiques de Paris, l'Ecole des hautes études en sciences sociales (EHESS) ou encore le Conservatoire national des arts et métiers [Sarlon 2006 ; Depinoy 2013] ;
- les doctorats de santé publique ou de disciplines connexes [Sarlon 2006] ;
- et enfin, le diplôme d'études spécialisées (DES) de santé publique, créé en 1984 et formant les médecins de santé publique via un internat de 4 ans.

² Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine 2004

³ Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine 2017

Les médecins exerçant aujourd'hui en santé publique ont ainsi pu être formés par une ou plusieurs de ces voies. A la fin du XXe siècle, l'accès à la qualification en santé publique se faisait essentiellement par le dispositif de qualification du Conseil de l'Ordre des médecins, via une commission chargée de l'examen des demandes créée en 1994⁴. Ainsi, entre 1994 et 1999, 1159 médecins de santé publique ont été qualifiés par cette voie. De leur côté, les anciens internes de santé publique représentaient initialement une part minoritaire des médecins de santé publique qualifiés. Ils étaient ainsi 601 en 2005, soit environ un tiers de l'effectif total [Bérard 2007]. D'autres voies d'accès existent par ailleurs mais constituent un pourcentage faible de l'ensemble des médecins de santé publique : la reconnaissance de diplôme d'un pays européen, et les autorisations ministérielles via la procédure d'autorisation d'exercice et le régime général européen [CNOM 2015].

L'importance du flux de médecins de santé publique qualifiés via la commission de qualification de l'Ordre a progressivement diminué. En 2014, la qualification par cette voie ne concernait que 15 % des nouveaux médecins de santé publique, tandis que 72 % étaient issus de l'internat de santé publique [CNOM 2015]. Le DES de santé publique constitue donc aujourd'hui le principal pourvoyeur de médecins de santé publique.

I.3. Le DES de santé publique

Le DES de santé publique a été créé en 1982 et mis en place en 1984⁵. La création de cette spécialité découle de travaux sur plusieurs années, dans un contexte de réorganisation de la pratique de santé publique permettant une certaine convergence des acteurs [Petit 2020]. Elle s'inscrit également dans un mouvement de spécialisation croissante au sein des études médicales [Pinell 2005]. Contrairement à la spécialisation par organe, par technique ou par catégorie de population, prédominante dans le découpage des filières médicales, souvent par segmentation d'une spécialité existante [Hardy 2015], la santé publique comme spécialité médicale repose sur un regroupement et une « médicalisation » de disciplines déjà établies [Petit 2020]. Lors de l'émergence du DES, divers champs d'exercice de la santé publique préexistent en France et se transforment. L'hygiène hospitalière, qui prédominait dans les années 1960 et 1970 est peu à peu supplantée par le développement de nouveaux domaines de pratique, notamment l'épidémiologie, la santé communautaire et l'informatique médicale. Cette transformation est en particulier influencée par les expériences à l'étranger des médecins de santé publique. Elle aboutit à la mise en place du DES de santé publique, soutenue par ces médecins.

Initialement prévue comme une formation ambitieuse, pluridisciplinaire et dépassant le milieu hospitalo-universitaire, la maquette du DES de santé publique repose sur un apprentissage à la fois théorique et pratique. Les enseignements théoriques couvrent de nombreux champs : santé de la mère et de l'enfant, informatique médicale et statistiques, épidémiologie, prévention et éducation pour la santé, pays en voie de développement, action sanitaire et sociale, sécurité sociale, économie de la santé, droit de la santé, hygiène hospitalière et environnement, toxicomanies, handicaps, santé mentale, nutrition, anthropologie [Bercelli 1986]. Ces

⁴ Décret n°2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste

⁵ Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques 1982

enseignements sont pour partie obligatoires et pour partie optionnels. On constate ici le mélange d'enseignements portant sur des domaines de pratique (action sanitaire et sociale), des approches populationnelles (santé de la mère et de l'enfant) et thématiques (nutrition), ou encore des disciplines scientifiques (économie de la santé). A la création du DES et jusqu'en 1992, la formation pratique repose sur 8 semestres de 6 mois, dont les trois premiers doivent s'effectuer dans un stage agréé en santé publique. Parmi les cinq semestres restants, quatre sont « libres », c'est-à-dire qu'ils peuvent être réalisés au sein de stages agréés en santé publique ou pour d'autres spécialités (médicales, chirurgicales, psychiatrie, biologie ou recherche médicale). L'une des spécificités de la santé publique est que ces stages peuvent être extrahospitaliers. Ces stages sont d'ailleurs pensés comme le cœur de la formation des internes de santé publique, puisqu'ils se font dans les structures susceptibles de les embaucher après l'internat [Petit 2020].

La création du DES de santé publique, dans un contexte de transformation du paysage français de la santé publique, s'est accompagnée de nombreuses questions sur sa structuration, son positionnement et sa légitimité. Parmi les difficultés rencontrées, on peut citer [Bercelli 1986 ; Petit 2020] :

- la remise en question par certains de la santé publique comme une filière spécialisée, s'appuyant sur l'argument que la santé publique et la prévention devraient être l'affaire de tous les médecins ;
- la diversité des profils existants dans le champ de la santé publique, et la multiplicité des disciplines, des espaces de formation et des structures d'exercice ;
- l'absence de cadre prévu (notamment en termes de financement) pour la réalisation de stages d'internat en dehors de l'hôpital, perçue comme nécessaire pour la spécialisation en santé publique ;
- le rattachement hospitalo-universitaire de la spécialité limitant les échanges avec les professionnels de santé publique non médecins, et avec les médecins de santé publique non universitaires ;
- le manque de moyens humains, pour enseigner les différentes disciplines et approches composant la santé publique ;
- les craintes liées à la « fonctionnarisation » de la médecine, sa prise de contrôle par l'Etat et la perte d'indépendance des médecins ;
- l'absence de vision claire et partagée sur le positionnement et le rôle des médecins de santé publique.

Loin de se limiter au moment de l'émergence du DES de santé publique, ces difficultés et questionnements se sont prolongés dans le temps, incluant notamment des tentatives de suppression en particulier lors du retour de la droite au pouvoir [Petit 2020]. Après une bascule vers les spécialités médicales à la fin des années 1980⁶, la santé publique redevient une filière à part entière en 1990 et change de nom, passant de « santé communautaire et médecine sociale » à « santé publique et médecine sociale »⁷. Une première modification de la maquette a lieu en 1992, portant essentiellement sur les enseignements théoriques. Pour environ 250 heures de cours, les enseignements se répartissent en six modules obligatoires (communication, épidémiologie, planification, économie, droit, environnement) et deux modules optionnels

⁶ Décret n°88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales

⁷ Arrêté du 23 mai 1990 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine 1990

d'approfondissement au choix parmi quatre proposés (environnement et hygiène du milieu, épidémiologie, organisation et gestion des services de santé, santé communautaire) [Education Nationale 1989 ; Alves de Rezende 2010]. Une réduction importante du nombre de postes ouverts chaque année pour la santé publique à l'internat (de 60 à 10) est proposée en 2005, qualifiée de « crise des postes » par les internes de santé publique [Tajahmady 2005]. Elle rencontre une forte opposition et n'a finalement pas lieu [CUESP 2005]. Une nouvelle diminution est imposée en 2008 mais le nombre de postes est finalement rétabli en 2009 suite à une forte mobilisation [Laouenan 2009 ; Alves de Rezende 2010]. Enfin, au cours des années 2010 et dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales, une refonte importante de la maquette est réalisée, et aboutit en 2017⁸. Le DES prend alors le nom de « santé publique ». Les enseignements théoriques sont divisés en huit modules : biostatistiques, épidémiologie et méthodes en recherche clinique, économie de la santé/administration des services de santé/politiques de santé, promotion de la santé, informatique biomédicale et e-santé, gestion de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins, sciences humaines et sociales, et environnement et santé. La formation pratique évolue également, avec l'obligation d'un stage portant sur l'utilisation de méthodes quantitatives durant la première année d'internat, ainsi que d'un stage universitaire et deux stages non universitaires sur l'ensemble des huit semestres de stages.

L'offre de stages accessibles via le DES de santé publique a évolué au fur et à mesure des années et au gré des réformes. Par ailleurs, l'offre n'est pas uniforme sur toute la France et varie d'une ville à une autre [Bercelli 1986 ; Alves de Rezende 2010 ; Guerra et Leleu 2010]. La réalisation de stages dans une autre ville permet de limiter ces disparités, mais leur accès n'est pas toujours facilité [Alves de Rezende 2010].

On peut distinguer schématiquement deux grandes catégories de stages : les stages hospitaliers et les stages extrahospitaliers [Blum-Boisgard 1994]. La part respective de ces deux catégories est variable, la première restant majoritaire (voire parfois la seule disponible dans certaines villes) [Alves de Rezende 2010]. Parmi les stages hospitaliers, on peut citer [Bercelli 1986 ; Sarlon 2006 ; Guerra et Leleu 2010] :

- les services de santé publique, de recherche clinique ;
- les services d'épidémiologie, biostatistiques ;
- les services d'économie de la santé ;
- les services d'informatique et d'information médicale
- les services d'hygiène hospitalière ;
- les services de gestion des risques et de qualité des soins ;
- les services de pharmacovigilance ;
- les services de biologie médicale (par exemple, laboratoire de bactériologie) dans les premières années d'existence du DES ;
- les services de médecine clinique, particulièrement lors de la création de l'internat : maladies infectieuses, pédiatrie, urgences, médecine interne, psychiatrie, etc.

⁸ Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine 2017

Parmi les stages extrahospitaliers, quasi spécifiques à l'internat de santé publique, on peut trouver (liste non ordonnée) [Bercelli 1986 ; Carriot et Ruffié 2000 ; Sarlon 2006 ; Guerra et Leleu 2010] :

- les établissements de soins privés ;
- les unités de recherche, en particulier les unités Inserm, mais également au sein du CNRS (Centre national de la recherche scientifique) ou du CIRC (Centre international de recherche contre le cancer) ;
- les universités : laboratoire de recherche, service de santé universitaire ;
- les administrations :
 - o centrales : ministère de la Santé (direction générale de la santé, de l'offre de soins), ministère de l'Education nationale, Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie, mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, etc. ;
 - o régionales et départementales : initialement directions régionale et départementale des affaires sanitaires et sociales (inspection de la santé, santé scolaire, protection maternelle et infantile, action sanitaire), conseils régionaux et généraux (puis départementaux), agences régionales de l'hospitalisation puis agences régionales de santé (ARS) ;
 - o locales : municipalités (bureau municipal d'hygiène), métropoles, communautés de commune ;
- les agences sanitaires : réseau national de santé publique devenu Institut national de veille sanitaire puis Santé publique France (incluant également l'INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), l'Agence du médicament, devenu l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé puis l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Institut national du cancer, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, etc.
- les organismes d'assurance maladie : Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), Caisses régionales (avant leur intégration dans les ARS), Caisses primaires d'assurance maladie (et centres d'examen de santé), la Mutuelle sociale agricole ;
- les associations et fondations : observatoire régional de la santé, instance régionale d'éducation et de promotion de la santé, organisations non gouvernementales (médecins du monde, médecins sans frontières...) ;
- l'industrie pharmaceutique ;
- les bureaux d'études, d'audit, les cabinets de conseils.

Par ailleurs, les internes de santé publique ont la possibilité de faire des stages « hors filière », c'est-à-dire rattachés à une autre spécialité. En pratique, ces stages concernent un nombre limité et probablement décroissant d'internes [Alves de Rezende 2010]. Lors de l'apparition du DES, de nombreux internes de santé publique exercent une activité clinique en stage, soit dans des stages d'autres spécialités, soit dans des stages fléchés pour la santé publique [Heintzmann et al. 1986].

I.4. Le besoin de se rassembler : les associations d'internes et médecins de santé publique

Face aux questionnements récurrents autour de la spécialité de santé publique, les premiers internes choisissant cette voie s'organisent rapidement en association, à différents niveaux. Au niveau national, le Collège de liaison des internes de santé publique (CLISP) est créé en 1988. Au niveaux régional et local, différentes associations apparaissent également⁹ :

- le syndicat des internes de santé publique de l'ouest (SISPO) en 1985 ;
- l'association des internes de santé publique de la région Rhône-Alpes (AISPRRA) en 1986 ;
- l'association toulousaine des internes de santé publique en 1987 ;
- l'association épidémiologie informatique prévention statistique sud-ouest santé (EIPSSOS) en 1987 (incluant les internes de médecine du travail) ;
- l'association des internes de santé publique d'Île-de-France (SPI) en 1988 ;
- l'association des internes en santé publique de l'interrégion nord-ouest en 1988 ;
- l'association des internes de santé publique de Midi-Pyrénées (AISP-MP) en 1996 ;
- l'association de santé publique des internes et chef de clinique-assistants du Centre (ASPICC) en 1997 ;
- l'association pour la santé publique en Aquitaine (ASPA) en 1999 ;
- l'association des internes de santé publique du nord-est (ADISPNE) en 2004 ;
- l'association picarde des internes de santé publique et de médecine sociale (APISP) en 2007 ;
- l'association lilloise des internes de santé publique (ALISP) en 2009 ;
- l'association rouennaise des internes de santé publique en 2009 ;
- l'association des internes et anciens internes de santé publique du Languedoc Roussillon en 2010 ;
- l'association des internes et anciens internes de santé publique de Bordeaux (AISPB) en 2011 ;
- l'association des internes de santé publique de Marseille en 2011 ;
- l'association santé publique : internes de Nancy (SPIN) en 2012 ;
- l'association grenobloise des internes en santé publique (AGISP) en 2012 ;
- l'association des internes de santé publique d'Alsace (AISPA) en 2013 ;
- l'association santé publique Lyon (SPL) en 2014 ;
- le comité rémois des internes de santé publique en 2015 ;
- l'association des internes de santé publique de l'ouest (ISPO) en 2016 ;
- l'association des internes de santé publique du sud (ISP SUD) en 2018.

En 2011, une fédération des associations d'internes de santé publique de plusieurs pays européens est également créée : European network of medical residents in public health (EuroNet MRPH).

Dès les premières promotions d'internes de santé publique, et avec l'apparition de ces associations, les internes mènent des actions afin d'améliorer l'image et la lisibilité de la spécialité de santé publique, de renforcer les liens entre internes de santé publique, de travailler

⁹ Journal officiel des associations et fondations d'entreprise (JOAFE)

à l'amélioration de la formation et de défendre l'internat de santé publique et les intérêts des internes [Bercelli 1986 ; Tajahmady 2004 ; Alves de Rezende 2010]. Ils réfléchissent également au positionnement et à l'identité du médecin de santé publique. Ces actions prennent différentes formes :

- séminaires et congrès organisés par et/ou pour les internes de santé publique : assises de la santé publique¹⁰, séminaire du DES de santé publique¹¹, devenu séminaire annuel national de formation des internes puis congrès national des internes de santé publique, séminaire d'accueil des nouveaux internes¹², séminaire professionnel¹³ ;
- communications à destination des internes mais également des étudiants en médecine : bulletin pluriannuel¹⁴, newsletter, plaquette d'information, vidéos, communication sur les réseaux sociaux ;
- réalisation de travaux d'état des lieux de la formation des internes [Alves de Rezende 2010 ; Longchamps et Hurel 2021], d'attractivité de la spécialité [Hurel et al. 2022 ; Thomas 2024], des débouchés à l'issue de l'internat [Heintzmann et al. 1986 ; Bricoteau et Hoden 1990 ; SPI 1995 ; Perrillat et Goldberg 1999 ; Guerra et Dugué 2018], d'évolution du DES de santé publique [Cabot 2013 ; Petit 2020] ;
- prises de positions et contributions écrites portant sur le DES et les médecins de santé publique¹⁵ ou plus largement sur des enjeux de santé publique¹⁶ ;
- participation à l'amélioration de la formation : travail sur l'évolution de la maquette¹⁷, sur la mise en place de formations ;
- collaboration avec de nombreux partenaires : ISNIH (Intersyndicat national des internes des hôpitaux, devenu ISNI), CUESP (Collège universitaire des enseignants en santé publique), CIMES (Collège national des enseignants d'informatique médicale, biomathématiques, méthodes en épidémiologie, statistique), SFSP (Société française de santé publique), CNP-SP (Conseil national professionnel de santé publique), AMISP (Association des médecins inspecteurs de santé publique, devenue AMISPA), SMISP (Syndicat des médecins inspecteurs de santé publique), etc.

En parallèle du développement d'associations d'internes de santé publique, des associations de médecins et d'anciens internes de santé publique voient également le jour :

- le syndicat national des médecins de santé publique (SNSP) en 1992 ;
- l'association des anciens internes de santé publique en 1992 ;
- l'alumni de l'internat de santé publique (AISP) en 2016.

Le grand nombre d'associations, permettant regroupement des internes et travail autour de la spécialité, est probablement rendu nécessaire par le flou et les difficultés inhérentes au DES de santé publique. Ce foisonnement ne semble ainsi pas autant présent dans les autres spécialités,

¹⁰ Deuxième édition en juin 1987 à Nantes sur le thème « L'an 2000 de la santé publique »

¹¹ Première édition en février 2005 à Lyon sur le thème de la gestion de risques à l'hôpital

¹² Première édition en octobre 2009 à Paris

¹³ Première édition en juin 2008 à Paris

¹⁴ Premier numéro en novembre 2004

¹⁵ Par exemple, lettre du 10 juillet 2008 du CLISP à la ministre chargée de la santé concernant la diminution du nombre de postes de santé publique offerts aux ECN 2008-2009

¹⁶ Contribution du CLISP à la mission de "refondation" de la santé publique, août 2021

¹⁷ Participation à l'élaboration de la nouvelle maquette du DES de santé publique mise en place en 2017

qui disposent souvent d'une association nationale active, et parfois d'autres associations régionales ou locales, apparemment moins actives qu'en santé publique¹⁸. Il est par ailleurs intéressant de noter qu'un certain nombre d'associations d'autres spécialités regroupent à la fois les internes et les jeunes diplômés, tandis que la distinction est assez nette en santé publique. Cette séparation claire pourrait s'expliquer à la fois par des enjeux différents propres aux internes et aux médecins de santé publique diplômés, ainsi qu'à une dispersion importante des médecins diplômés compte tenu de la diversité des domaines et structures d'exercice.

I.5. Quel devenir pour les internes de santé publique ?

Les voies suivies par les internes de santé publique sont diversifiées. Il est important de noter qu'un certain nombre d'internes ayant choisi initialement la santé publique ne vont pas au bout de leur cursus : droit au remords vers une autre spécialité, repassage du concours de l'internat, arrêt définitif des études médicales. Les données sur ces sorties de l'internat de santé publique sont disparates et non exhaustives : études ponctuelles [Bercelli 1986], annuaire du CLISP, suivi national [Bocognano et Charrier 2021]. D'après ces dernières données, pour les promotions 2015 à 2017, 19 arrêts définitifs ont été comptabilisés (hors droits au remords). Les droits au remords sortant sont nombreux également : 19 pour les promotions 2017 et 2018. Ils sont cependant compensés par les droits au remords entrant (internes d'autres spécialités se réorientant en santé publique) : 27 pour les promotions 2017 et 2018. Au total, les flux liés aux droits au remords ont entraîné une augmentation nette du nombre d'internes de santé publique de 8 pour les promotions 2017-2018, et de 13 pour les promotions 2013 à 2016.

Une fois leur internat terminé, les anciens internes de santé publique s'orientent vers des parcours variés, à la fois en termes de structures d'exercice, de thématiques abordées et de méthodes employées. Les postes occupés sont en grande partie superposables aux stages accessibles au cours de l'internat. Les premières enquêtes [Heintzmann et al. 1986 ; CUESP 1990 ; SPI 1995] montrent une orientation en majorité vers le secteur hospitalier (63 % en 1995), et de manière plus réduite dans les autres secteurs publics (22 %) et dans le secteur privé (15 %). L'information médicale (26 %) et l'épidémiologie (14 %) constituent les principaux domaines d'exercice, tandis qu'une faible partie des médecins de santé publique (12 %) a une activité clinique. Les enquêtes plus récentes [Bérard 2007 ; Guerra et Dugué 2018] montrent des tendances assez proches. En 2005, 54 % des anciens internes de santé publique exercent en secteur hospitalier, les principaux domaines d'activité des médecins de santé publique sont l'épidémiologie, l'information médicale et l'évaluation de la qualité. En 2012, 56 % des anciens internes de santé publique exercent en établissement public de santé, 16 % dans des administrations publiques, 14 % dans des structures privées (hors hospitalisation). Les principaux domaines d'activité déclarés sont l'épidémiologie (24 %) et l'information médicale (19 %). Seuls 10 % des anciens internes ont un exercice centré principalement sur l'activité clinique.

¹⁸ La plupart de ces associations ne disposent ainsi pas d'un site internet ni de comptes sur les réseaux sociaux et sont difficilement identifiables avec une simple recherche sur un moteur de recherche classique.

II. Les médecins et la santé publique

Au-delà des médecins de santé publique, l'ensemble des étudiants en médecine et des médecins en exercice peut être amené à jouer un rôle dans l'amélioration de la santé publique (réalité épidémiologique), par des activités du domaine de pratique de la santé publique. Cependant la spécialité médicale de santé publique souffre souvent d'une image négative auprès des médecins et occupe une place marginale dans l'apprentissage de la médecine, en s'écartant du modèle traditionnel du médecin.

II.1. Rappel sur les études de médecine

Même si différentes réformes ont modifié le cadré réglementaire des études de médecine au cours des dernières décennies, le déroulement global est stable depuis le milieu du XXe siècle, en particulier depuis les réformes de 1958 (créant les CHU, centres hospitaliers universitaires) et de 1971 (instaurant un *numerus clausus* en fin de première année).

La première année des études de médecine (devenue première année commune aux études de santé en 2010 puis parcours accès santé spécifique et licence option accès santé en 2020) est accessible à l'ensemble des bacheliers et se déroule à l'université, au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine. Cette première année est marquée par un concours de sélection, permettant l'accès à la suite des études de médecine ainsi qu'à d'autres filières (odontologie, pharmacie, etc.). Environ 15 % des étudiants en première année passe ainsi en deuxième année des études médicales [Kohler et al. 2003].

Les études de médecine se divisent en trois cycles : un premier cycle de trois ans (incluant la première année) davantage tourné vers la formation théorique, un deuxième cycle de trois ans correspondant à l'externat, avec une formation pratique à mi-temps, et un troisième cycle correspondant à l'internat dans une spécialité choisie (**Figure 2**). L'externat est caractérisé par des stages d'environ trois à quatre mois dans différents services hospitaliers (voire parfois en dehors de l'hôpital), selon une rotation plus ou moins imposée. Cette période correspond également à la préparation des épreuves classantes nationales (ECN) qui ont remplacé en 2004 le concours de l'internat. A la fin de la sixième année, l'ensemble des étudiants en médecine passe ainsi des épreuves sur plusieurs journées, permettant d'établir un classement¹⁹.

Sur la base de celui-ci, les étudiants choisissent la spécialité dans laquelle ils réaliseront leur internat. Ce choix s'effectue parmi 11 filières (regroupant plusieurs spécialités) à partir de 2004, puis 30 spécialités à partir de 2010 et 44 depuis 2017. Le choix à l'issue des ECN porte également sur le territoire d'affectation pour l'internat. La France est en effet découpée en 28 subdivisions centrées autour des unités de formation et de recherche de médecine (au sein des universités) et comprenant un ou plusieurs CHU. Ces subdivisions sont par ailleurs regroupées en interrégions (remplacées par les régions suite à la réforme de 2017) qui permettent un accès facilité aux stages sur ces territoires. Des possibilités de changement de spécialité en cours d'internat existent, notamment à travers le dispositif du droit au remords, permettant, au cours des deux premières

¹⁹ Les ECN ont été remplacés à la rentrée 2023 par d'autres modalités de classement : épreuves dématérialisées nationales (EDN), examens cliniques objectifs et structurés (ECOS) et prise en compte du parcours professionnel. Nous n'aborderons pas en détails ces nouvelles modalités ici.

années de l'internat de basculer vers une autre spécialité (accessible avec le classement obtenu aux ECN).

Le troisième cycle dure de quatre²⁰ à six ans en fonction des spécialités, découpés en semestres de stages. La réalisation des stages est encadrée par une maquette propre à chaque spécialité et fixant le nombre et le type de stages à valider au cours de l'internat. Depuis 2017, l'internat est découpé en trois phases de progression : la phase socle, la phase d'approfondissement et la phase de consolidation (respectivement un, deux et un an en santé publique). Des formations complémentaires sont accessibles, précédemment sous forme de DESC, remplacés par des formations spécialisées transversales (FST) et des options en 2017, et allongeant la durée de l'internat.

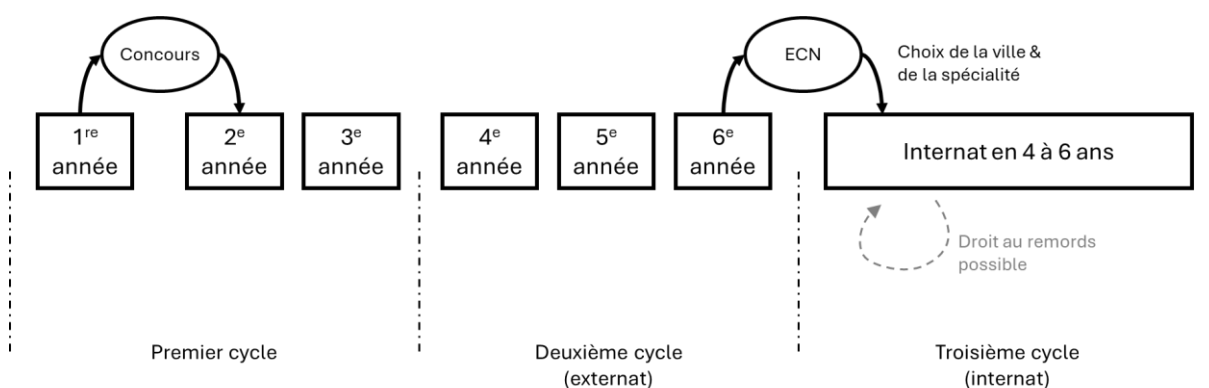


Figure 2. Schéma du déroulement des études de médecine avant la rentrée 2023

ECN : Epreuves classantes nationales.

II.2. Le modèle du médecin : un modèle centré sur la clinique

En France, le système de santé et a fortiori les études médicales s'appuient très largement sur une approche curative des problèmes de santé. Cette approche traditionnelle consiste à recevoir un patient présentant des symptômes, diagnostiquer la maladie responsable et prescrire un traitement, reposant très souvent sur une prise en charge médicamenteuse. Elle fait ainsi la part belle à la clinique et à la biologie pour comprendre et soigner les maladies [Grémy 2006]. Dans cette approche, deux grands éléments sous-jacents sont valorisés.

D'une part, le colloque singulier entre le médecin et le patient est particulièrement mis en valeur [Hardy 2013]. Le médecin est ainsi au chevet du patient, recueille ses plaintes, réalise un examen clinique voire pratique des gestes cliniques à visée diagnostique ou thérapeutique. L'apprentissage de la médecine se trouve particulièrement centré autour de cette relation directe avec le patient. Ainsi, pour la quasi-totalité des étudiants en médecine, « être à l'écoute de ses patients » est une compétence obligatoire pour être un bon médecin, et correspond à la compétence la plus citée [Saint-Marc 2011]. En miroir, la vision du patient transmise aux étudiants reste dans la lignée de l'approche parsonienne : « un malade qui communique, qui accepte les soins et qui écoute son médecin ». Cette relation médecin-patient constitue ainsi la

²⁰ Trois ans pour la médecine générale jusqu'en 2023

base sur laquelle l'étudiant en médecine, puis le médecin, va appuyer son raisonnement clinique, au risque d'aboutir à un détachement neutre, le patient devenant uniquement un « corps passif à soigner » [Micoulaud-Franchi 2010].

D'autre part, l'approche curative met l'accent sur le soin et valorise cette fonction de soignant. A l'extrême, cela nourrit la figure du médecin comme sauveur, capable d'empêcher la mort ou de ramener à la vie quelqu'un. A travers la relation avec ses patients, le médecin développe une « fonction apostolique », entretenant une image mythique de la médecine et du médecin [Balint 2003]. La vision du médecin sauveur est particulièrement présente dans certaines spécialités, les médecins pouvant être perçus comme des « dieux » [Tron-Ymonet 2020] ou des figures « toutes puissantes » [Bercot et Mathieu-Fritz 2007]. Cette fonction de soin, avec un impact fort sur la vie du patient, s'accompagne d'une reconnaissance de celui-ci et plus largement de la société envers les médecins. Celle-ci s'appuie sur la fonction sociale de la médecine, dans une relation structurellement asymétrique [Parsons 1951], mais également sur une maîtrise des institutions par la profession médicale, qui s'est organisée pour défendre les intérêts des médecins [Freidson 1970]. Ces derniers ont en effet acquis une autonomie importante, associée à une auto-régulation et évaluation, ainsi qu'à l'exclusivité de certaines pratiques, en imposant leur définition du savoir légitime [Castel 2005]. D'autres travaux ont néanmoins nuancé cette position dominante, en montrant l'existence d'un « ordre négocié » avec les patients [Strauss et Baszanger 1992]. La profession médicale jouit néanmoins d'une reconnaissance auprès de la population, lui offrant un certain prestige social et le plaçant dans une position de pouvoir dans le cadre du contrat social qu'elle entretient avec la société [Cruess et Cruess 2004]. Les médecins restent néanmoins en compétition entre eux dans l'acquisition de cette position de prestige [Freidson 1999].

II.3. La santé publique a-t-elle une place dans les études médicales ?

Alors que la biologie et la clinique ont acquis leurs lettres de noblesse auprès des médecins, la santé publique occupe une position bien différente [Debré 1973]. En France, l'enseignement de la santé publique au cours des 1^{er} et 2^e cycles n'est obligatoire que depuis 1992 [Mauffret 1992]. Ainsi, lors de leur première année de formation, les étudiants en médecine sont confrontés à la santé publique via différents enseignements [Bonah 2006] : sciences humaines et sociales, biostatistiques, histoire de la médecine, etc. Ces enseignements se poursuivent au cours du 1^{er} et du 2^e cycles des études médicales, avec pour objectif de développer « la connaissance de la santé publique (en particulier santé des populations, priorités, planification et économie de la santé) »²¹. Dans le cadre de la préparation aux épreuves de fin de deuxième cycle (ECN/EDN), de nombreux items d'apprentissage relèvent de la santé publique. Lors de la réforme du deuxième cycle des études de médecine de 2022, les items présentés dans l'encadré ont notamment été rattachés à l'apprentissage de la santé publique²².

²¹ Annexe de l'Arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales

²² Arrêté du 19 avril 2022 fixant les modalités d'organisation de la procédure nationale d'appariement pour l'accès au troisième cycle des études de médecine

Liste (non exhaustive) des items d'apprentissage du deuxième cycle des études médicales relevant de la santé publique

- N°4. Qualité et sécurité des soins. La sécurité du patient. La gestion des risques. Les événements indésirables associés aux soins (EIAS). Démarche qualité et évaluation des pratiques professionnelles.
- N°6. L'organisation de l'exercice clinique et les méthodes qui permettent de sécuriser le parcours du patient.
- N°8. Les discriminations.
- N°16. Organisation du système de soins. Sa régulation. Les indicateurs. Parcours de soins.
- N°17. Télémédecine, télésanté et téléservices en santé.
- N°19. La sécurité sociale. L'assurance maladie. Les assurances complémentaires. La complémentaire santé solidaire (CSS). La consommation médicale. Protection sociale. Consommation médicale et économie de la santé.
- N°20. La méthodologie de la recherche en santé.
- N°21. Mesure de l'état de santé de la population.
- N°57. Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile.
- N°75. Addiction au tabac.
- N°76. Addiction à l'alcool.
- N°145. Surveillance des maladies infectieuses transmissibles.
- N°146. Vaccinations.
- N°162. Infections sexuellement transmissibles (IST) : gonococcies, chlamydioses, syphilis, papillomavirus humain (HPV), trichomonose.
- N°179. Risques sanitaires liés à l'eau et à l'alimentation. Toxi-infections alimentaires.
- N°181. La sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. La veille sanitaire.
- N°248. Prévention primaire par la nutrition chez l'adulte et l'enfant.
- N°290. Épidémiologie, facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers.
- N°323. Analyser et utiliser les résultats des études cliniques dans la perspective du bon usage - analyse critique, recherche clinique et niveaux de preuve.
- N°325. Identification et gestion des risques liés aux médicaments et aux biomatériaux, risque iatrogène, erreur médicamenteuse.
- N°333. Situations sanitaires exceptionnelles.
- N°367. Impact de l'environnement sur la santé.

L'ensemble de ces items n'est cependant pas traité par des médecins de santé publique, la répartition entre enseignants de spécialité variant notamment en fonction des facultés. A titre d'illustration, certains des items cités précédemment ne sont pas ou seulement partiellement abordés dans l'ouvrage de référence pour la santé publique²³. La préparation à la lecture critique d'article (LCA) est également un élément important de la formation des externes en médecine, associé à la santé publique [ISNI 2021].

La formation pratique en santé publique est très limitée voire inexistante. Les stages réalisés au cours des deux premiers cycles sont très largement orientés vers l'apprentissage de la pratique clinique et de l'approche individuelle avec les patients. Les étudiants en médecine peuvent être exposés à la santé publique à travers certains de ces stages ou via des stages spécifiques. Parmi

²³ M.Dramé, J. Epstein, H. Noelle et le Collège universitaire des enseignants de santé publique. *Santé publique. Réussir son DFASM - Connaissances clés*. Elsevier Masson. 2022.

les stages cliniques permettant potentiellement de développer une approche de santé publique, on peut citer²⁴ :

- les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections sexuellement transmissibles ;
- les services de protection maternelle et infantile ;
- les services de médecine sociale et permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- les services de recherche clinique et centres d'investigation clinique.

Dans de rares cas, les étudiants en médecine ont la possibilité d'effectuer des stages étiquetés « santé publique », soit parce qu'ils sont proposés au choix parmi les autres stages, soit dans le cadre de stages libres (stage d'été, stage de « super externe » en fin de deuxième cycle) nécessitant une démarche proactive de l'étudiant pour identifier le terrain de stage et le faire valider auprès de la faculté. Parmi les stages réalisés (très souvent effectués au sein de l'hôpital), on peut citer [Hurel et al. 2022] :

- service hospitalier d'épidémiologie et aide méthodologique ;
- service hospitalier de pharmacovigilance ;
- service d'hygiène hospitalière ;
- service hospitalier de promotion de la santé.

Depuis 2018, les étudiants de médecine en 3^e année réalisent un service sanitaire ayant pour objectif d'« initier les étudiants aux enjeux de la promotion de la santé et de la prévention primaire » et de « favoriser l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité »²⁵. Ce service sanitaire se décompose en théorie en trois temps : un temps de formation, un temps d'intervention et un temps d'évaluation. En pratique, la mise en œuvre de ce service sanitaire diffère fortement d'une faculté à une autre : durée de formation très variable, mise en pratique non systématique, évaluation fréquemment non réalisée [HCSP 2022 ; Prigent et al. 2022].

Dans l'ensemble, la formation théorique et pratique à la santé publique reste donc limitée durant les études de médecine. Elle occupe une place marginale, peu présente pendant les stages et souvent mise de côté par les étudiants au cours de leur révision, au profit d'autres enseignements.

II.4. Un exercice plus répandu qu'il n'y paraît

Malgré une place limitée au cours des études, les médecins en exercice (non spécialisés en santé publique) peuvent être amenés à développer des activités de santé publique, quelle que soit leur spécialité. Ces activités peuvent concerner des domaines variés : prévention, recherche clinique, organisation des soins, administration de la santé, etc.

La prévention (et dans une moindre mesure la promotion de la santé) est probablement l'un des domaines de santé publique le plus fréquemment pratiqué par l'ensemble des médecins. En effet, bien que le système de santé soit orienté essentiellement vers le curatif, la distinction avec le préventif est parfois floue, notamment en ce qui concerne la prévention médicalisée, centrée

²⁴ Liste basée sur celle établie par le CLISP pour le recensement des stages d'externat en santé publique

²⁵ Arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé

autour d'une maladie donnée [HCAAM 2004]. Les médecins peuvent ainsi réaliser ou orienter vers des actions de dépistage (cancers, maladies infectieuses) ou prescrire des traitements qui relèvent de préventions secondaires ou tertiaires [Schweyer 2010]. Au-delà de la prévention, certaines activités des médecins peuvent parfois relever de la promotion de la santé (conseils sur l'activité physique ou la nutrition par exemple) [Fournier et al. 2011]. Cela concerne particulièrement les spécialités dites « populationnelles » : médecine générale, pédiatrie, gériatrie. Néanmoins, la promotion de la santé reste un domaine peu connu et compris des médecins. Il nécessite en effet un regard moins médical et une position différente, plus horizontale [OMS 1986], qui s'éloigne des conceptions acquises lors des études de médecine (voir partie II.2).

Les médecins peuvent également développer des activités de santé publique via la recherche clinique ou les études épidémiologiques [Cogneau et al. 2002]. Ils peuvent ainsi être amenés à penser les problèmes de santé à une échelle populationnelle, et à manipuler des outils liés comme les biostatistiques. C'est particulièrement le cas pour les médecins des centres hospitaliers universitaires, dont la recherche constitue l'une des trois grandes missions [Moutaud 2010]. Ces activités sont à distinguer de la recherche fondamentale ou de la recherche pré-clinique (sur modèles biologiques ou animaux), également réalisées par un certain nombre de médecins, mais n'appelant pas une approche propre à la santé publique.

Certains médecins peuvent également être confrontés à des enjeux d'organisation du système de santé. C'est par exemple le cas des médecins libéraux qui s'organisent en maisons de santé pluriprofessionnelles ou participent à des communautés professionnelles territoriales de santé, et qui sont amenés à réfléchir à des actions de santé publique à l'échelle d'un territoire [Falcoff 2022].

Enfin, certains médecins peuvent par appétence, s'intéresser et se former à certains enjeux de santé publique. Ces médecins peuvent par exemple être amenés à développer des actions de promotion de la santé ou à travailler à temps partiel ou complet au sein d'une administration [Martin 2022]. On retrouve également des médecins d'autres spécialités au sein des départements d'information médicale des établissements de santé [Danet 2006]. Au maximum, certains de ces médecins peuvent ainsi vouloir demander la qualification en tant que médecin de santé publique.

Ainsi, « le clinicien [...] fait souvent de la santé publique comme M. Jourdain faisait de la prose : lorsqu'il raisonne sur l'opportunité de tel ou tel choix thérapeutique pour un patient, il peut se servir des connaissances qu'il a sur l'efficacité de ces choix en fonction des conditions de vie pour retenir des choix différents en tenant compte des informations qu'il a par exemple sur la catégorie socio-professionnelle du patient. » [Moreau 2012]

II.5. Une image négative au sein du milieu médical

Malgré la présence diffuse d'approches de santé publique, aussi bien au cours de la formation initiale que pendant l'exercice de la médecine, la santé publique souffre d'une image négative auprès des médecins. Ce constat s'inscrit dans l'existence d'une hiérarchie symbolique entre les différentes spécialités accessibles aux médecins.

II.5.1. Hiérarchies des spécialités

La question des hiérarchies entre différentes pratiques de la médecine est ancienne. Des distinctions existent déjà entre médecine et chirurgie, ainsi qu'entre médecine pour les pauvres (entre autres via les officiers de santé) et pour les riches [Hardy-Dubernet et al. 2001] ou encore entre médecine hospitalière ou médecine libérale [Vergez-Chaignon 2002]. La question de la spécialisation est également apparue à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, avec des enjeux de positionnement hiérarchique : le spécialiste est-il un « super » ou un « sous » médecin ? [Hardy-Dubernet et al. 2001]. A mesure que les spécialités se développent différentes voies de formation et de spécialisation apparaissent et co-existent : formation à la médecine générale, internat (pour les carrières hospitalières), certificats d'études spécialisées (CES), reconnaissance de la qualification par l'Ordre des médecins.

Différentes réformes viennent transformer les études de médecine et la reconnaissance des spécialités. En 1982, une première réforme²⁶ (avec laquelle apparaît le DES de santé publique) vient simplifier les voies de formation existantes en les réduisant à deux possibilités : d'une part le résidanat de médecine générale, d'autre part l'« internat pour tous », accessible après le concours de l'internat et permettant l'accès aux différentes spécialités, avec un exercice en ville ou à l'hôpital. En 2004, une deuxième réforme importante modifie cette organisation²⁷ : le concours de l'internat est remplacé par les ECN, et la médecine générale rejoint les autres spécialités, et devient accessible au choix à l'issue des ECN, comme l'ensemble des spécialités.

Ces différentes réformes ont un impact sur la perception des différentes spécialités et la hiérarchie qui se met en place entre elles. Avant la réforme de 1982, la spécialisation via l'internat est conditionnée à l'acceptation par les médecins seniors, ces derniers décidant des critères d'éligibilité, variables selon les spécialités. Le prestige des spécialités est alors influencé par les représentations transmises et acquises au cours des études médicales, en valorisant par exemple les spécialités marquées par des avancées scientifiques ou considérées comme les plus à la pointe. La forte valorisation de la chirurgie est l'archétype de cette hiérarchisation basée sur l'image perçue de la spécialité. Les chirurgiens incarnent ainsi une figure mythique, avec un savoir hautement spécialisé et un impact sur des situations à risque vital, se traduisant par un pouvoir important et une reconnaissance large par la société [Bercot et Mathieu-Fritz 2007].

La réforme de 1982 et l'introduction du concours de l'internat pour tous les spécialistes transforment en partie les représentations et modifie la hiérarchie entre spécialités. En séparant résidanat de médecine générale et internat de spécialités, cette réforme tend tout d'abord à montrer la médecine générale comme un non-choix, résultant d'un échec au concours de l'internat [Hardy-Dubernet 2009]. D'autres éléments conduisent à valoriser la voie de l'internat, comme le classement des facultés basé sur le nombre de spécialistes qu'elles produisent. Les étudiants sont ainsi fortement encouragés à se spécialiser et à délaisser la voie de la médecine générale. En revanche, pour ceux passant le concours de l'internat, le choix de la spécialité n'est plus conditionné à l'acceptation des aînés, mais au classement obtenu. Ainsi, la hiérarchie des spécialités se transforme selon le choix de spécialités des « meilleurs ». Leur choix se basent sur

²⁶ Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques

²⁷ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, et Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales

différents critères, incluant la position dans cette hiérarchie mais également le revenu moyen ou encore les conditions d'exercice ou le type de pratique. Dans ce cadre, des distinctions sont faites entre les spécialités techniques des spécialités plus cliniques, souvent davantage valorisées, ainsi qu'entre les spécialités d'organe très répétitives et les spécialités plus complexes et associées à une plus haute ambition intellectuelle [Hardy-Dubernet et al. 2001]. Ainsi, au-delà des spécialités, des distinctions existent dans le prestige associé à certaines maladies ou groupes de patients. Une hiérarchisation existe également selon le genre associé à chaque spécialité, plaçant les spécialisations dites féminines en bas de l'échelle. Enfin, le prestige d'une spécialité peut également être directement lié à l'image qu'on les étudiants des médecins qui la pratique. Ces représentations sont par exemple transmises via des blagues portant sur les différents spécialistes [Maurin et al. 2014]. Enfin, cette hiérarchie et les choix de spécialité qui en découlent dépendent également du sexe des étudiants. Certaines spécialités sont ainsi davantage valorisées et choisies par les femmes que par les hommes comme la médecine générale, la pédiatrie et la gynécologie [Jaisson 2002 ; Vanderschelden 2007 ; Fauvet 2009].

Cette hiérarchie entre spécialités est retrouvée dans de nombreux pays, avec des variations et des points communs [Norredam et Album 2007 ; Album et Westin 2008 ; Creed et al. 2010 ; Hindhede 2020 ; Villanueva et Castro 2020]. La chirurgie (et notamment la neurochirurgie), l'anesthésie-réanimation et la cardiologie sont par exemple fréquemment considérées comme faisant partie des plus prestigieuses, tandis que la radiologie, la dermatologie, la psychiatrie ou la médecine du travail sont plus souvent positionnées en bas de cette hiérarchie symbolique. On observe ainsi certaines différences avec la situation française, où la dermatologie et la radiologie sont choisies plus précocement que l'anesthésie-réanimation [CNG 2014].

II.5.2. La santé publique, une « sous-spécialité » ?

La santé publique occupe souvent les dernières places dans la hiérarchie des spécialités et est associée à une image dépréciée. Cette perception négative apparaît dès le premier et le deuxième cycles des études médicales [ISNI 2021]. Tout d'abord, les cours de santé publique sont souvent peu appréciés des étudiants, lorsqu'ils y assistent. Ces cours sont souvent perçus comme déconnectés du reste de la médecine, sans application pratique [Salamon 1992]. L'apprentissage par cœur de notions théoriques, sans valorisation de la réflexion et de l'esprit critique, ne favorise pas l'appropriation de la santé publique par les étudiants. Ceci est d'autant plus vrai que les étudiants ne disposent pas ou très peu de formations pratiques permettant la mise en œuvre et l'appréhension de l'utilité de ces apprentissages, entretenant ainsi la méconnaissance de la spécialité. Enfin, l'image négative de la spécialité est également transmise au cours des études via les médecins enseignants. Ces derniers ont souvent une vision dévalorisée de la spécialité [ISNI 2021], et transmettent ce jugement de valeur aux étudiants, en présentant la santé publique comme un repoussoir ou une punition pour ceux ne travaillant pas assez : « *si vous la ratez aux #ECN, votre classement sera moins bon et vous risquez de finir en Santé Publique* »²⁸. Ce discours finit par être intégré par les étudiants eux-mêmes²⁹ : « *tu vas finir par faire santé publique dans la Creuse* » [Masquelez 2023], « *tu te dis, il faut que je bosse sinon j'aurais santé pub* » [Saint-Marc

²⁸ Extrait d'un message posté sur X (Twitter) le 16/01/2018

²⁹ Une rapide recherche sur X (Twitter) des termes « finir en santé publique » ou « finir en santé pub » retourne par exemple une dizaine de résultats.

2011], « *Go topic ECN ou tu finiras en santé pub* »³⁰, « *Ptdr Jvais finir médecin de santé publique dans la Creuse* »³¹.

Cette appréciation négative se traduit notamment lors du choix de la spécialité aux ECN. Le nombre de postes proposés en santé publique est relativement faible en comparaison aux autres spécialités : entre 80 et 113 postes par an depuis 2010. Pourtant, l'ensemble des postes n'est souvent pas pourvu, et le choix de la spécialité se fait souvent parmi les personnes les moins bien classées aux ECN. Entre 2015 et 2022, 24 % des postes ouverts en santé publique n'ont pas été choisis, avec de grandes variations selon les subdivisions [CLISP 2023]. Sur la même période, le rang médian des futurs internes de santé publique est de 0,82. Autrement dit, la moitié des internes ayant choisi la santé publique est parmi les 18 % d'étudiants les moins bien classés aux ECN. Ce choix illustre la hiérarchie entre les spécialités, dans laquelle la santé publique se retrouve en queue de peloton [Hardy-Dubernet et Faure 2006 ; CNG 2014]. Le prestige et la représentation de la santé publique parmi les médecins et la population générale constitue ainsi un frein au choix de la spécialité par les futurs internes [Lefevre et al. 2010 ; Valter et al. 2023].

La perception négative de la spécialité perdure chez les médecins en exercice, malgré la place que peut avoir la santé publique dans l'exercice de certains médecins [Gobet 2013]. La méconnaissance de la spécialité est probablement réduite de par les échanges que peuvent avoir les médecins cliniciens avec des médecins de santé publique, en particulier à l'hôpital. Néanmoins, le médecin de santé publique est souvent considéré comme « sous-médecin » [Danet 2006] ou « pas médecin » [ISNI 2021] par ses confrères cliniciens, comme c'est le cas pour d'autres spécialités non cliniques (par exemple, la radiologie) [Hardy-Dubernet et Faure 2006].

III. Les difficultés rencontrées par les médecins de santé publique

Au-delà de cette dépréciation par les médecins, les internes et médecins de santé publique font face à plusieurs difficultés, qui font écho à celles soulevées lors de la création du DES : position ambivalente vis-à-vis de l'approche clinique, diversité de la spécialité avec un certain éparpillement des parcours, manque de lisibilité sur les débouchés et les missions du médecin de santé publique, formation théorique et pratique inégale, questionnement sur l'identité et la plus-value du médecin de santé publique.

III.1. Plus des cliniciens, toujours des médecins ?

Comme on l'a vu, la clinique occupe une place majeure dans l'apprentissage et l'exercice de la médecine. La santé publique, par son approche populationnelle s'écarte en partie de la clinique et du lien individuel avec les patients. En effet, alors que le clinicien diagnostique et traite une maladie chez un patient, le médecin de santé publique identifie et intervient sur des problèmes de santé à l'échelle d'une population. Les leviers mobilisés à cette fin sont donc très différents et

³⁰ Message posté sur le forum jeuxvideo.com le 15/07/2020

³¹ Message posté sur TikTok le 13/10/2022

beaucoup plus variés que ceux d'un médecin clinicien, et les approches diffèrent. Alors que le clinicien est tourné vers le soin, le curatif, dans une prise en charge individuelle, la santé publique s'occupe de la santé dans une définition large (au-delà de l'absence de maladie), en s'appuyant sur une approche collective et préventive. Ce changement nourrit la perception d'un médecin de santé publique « plus vraiment médecin ». L'éloignement de ces spécialistes de la pratique clinique peut ainsi aller jusqu'à la remise en cause de leur droit de prescription, notamment par l'Ordre des médecins³². Ainsi, bien qu'aucun texte juridique ou déontologique n'empêche la prescription par des médecins de santé publique, ces derniers se voient pour certains refuser ce droit par le Conseil département de l'Ordre des médecins du département où ils exercent.

S'éloigner de la pratique clinique et de la relation médecin-patient est parfois voulue et recherchée par les futurs médecins de santé publique. La santé publique fait ainsi partie des spécialités identifiées comme non cliniques par les étudiants qui souhaitent mettre à distance les malades [Hardy-Dubernet et Faure 2006]. L'absence de clinique peut cependant aussi être un frein au choix de la spécialité [Hurel et al. 2022]. Toutefois la distinction entre clinique et santé publique n'est pas aussi claire qu'elle n'y paraît. Ainsi un nombre non négligeable de médecins de santé publique continue à pratiquer une activité clinique, généralement en lien avec leurs thématiques de travail en santé publique [Sarlon 2006 ; Gobet 2013 ; Guerra et Dugué 2018]. Certaines personnes estiment par ailleurs qu'il est nécessaire d'avoir été médecin clinicien pendant plusieurs années pour être un « bon » médecin de santé publique [Vergnaud 2019].

III.2. Une « balkanisation » de la santé publique

Au-delà de son rapport particulier à l'approche clinique individuelle, l'une des caractéristiques majeures de la santé publique, en comparaison aux autres spécialités médicales, est sa diversité. Celle-ci existe à la fois sur les thématiques abordées, les disciplines et outils mobilisés, les professionnels et les acteurs sollicités [Bréchat et al. 2006]. A titre d'exemple, un article recensait 51 domaines d'activité des médecins de santé publique [Bérard 2007]. Cette diversité et cette ouverture sont un atout pour la santé publique, mais participent également à rendre floue son objet et le contenu de sa pratique [Depinoy 2013]. Ainsi les internes arrivant en santé publique doivent à la fois s'acculturer à de nouvelles disciplines scientifiques, à de nouvelles approches pratiques, mais également essayer de trouver une voie, une orientation dans un domaine de la santé publique [Alves de Rezende 2010 ; Dugué 2024]. Le faible nombre de médecins de santé publique et la multitude de parcours existants ne permet pas de suivre un modèle unique et clair. Cela participe à rendre la spécialité peu lisible.

Il n'existe ainsi pas de carrière ou de poste type pour les médecins de santé publique. Ils peuvent occuper des fonctions très diverses, allant de la mise en œuvre d'études épidémiologiques à la direction d'une agence sanitaire ou d'une administration, en passant par la réalisation d'actions de prévention auprès de publics cibles [Bréchat et al. 2006 ; Baly et al. 2016 ; Gautier et al. 2024]. Par ailleurs, les médecins de santé publique peuvent changer fréquemment de postes au cours de leur carrière [Guerra et Dugué 2018]. Cela peut se traduire par des changements de structures d'exercice, de thématiques de travail ou d'approches méthodologiques. Il est donc difficile pour

³² Courrier du 25/10/2017 du Dr. François Simon, Président de la Section Exercice Professionnel du CNOM, au CLISP

les étudiants en médecine et les médecins, mais aussi pour les autres professionnels de santé publique et pour les employeurs potentiels, d'avoir une vision d'ensemble des débouchés offerts après un DES de santé publique [Rachidi 1988 ; Bricoteau et Hoden 1990 ; Boige-Faure 1992].

Cet « éparpillement » de la santé publique se traduit également en termes d'offre de formations. Celles-ci sont ainsi très nombreuses en santé publique, couvrant des domaines, des disciplines et des approches variées [Sarlon 2006]. Elles sont par ailleurs dispensées dans diverses structures (universités, EHESP, Inserm, etc.), nuisant à la lisibilité de la santé publique. Face à cet éclatement en termes de domaines, de disciplines, d'approches, de formations, certains parlent ainsi de « balkanisation » de la santé publique [Salomez et Quantin 2006].

III.3. Une formation théorique et pratique parcellaire

La diversité de la santé publique rend son enseignement particulièrement complexe. Compte tenu de sa pluridisciplinarité inhérente, faire de la santé publique nécessite d'être formé à différentes approches disciplinaires, sur les plans théorique et pratique. Même si le DES de santé publique est parfois considéré comme la formation la plus aboutie en santé publique en France, avec un niveau d'exigence élevé [Blum-Boisgard 1994], celui-ci reste marqué par certaines faiblesses. Ainsi, seuls 27 % des internes de santé publique se déclarent satisfaits de leur formation théorique [Alves de Rezende 2010], et 21 % des anciens internes jugent leur formation théorique au cours du DES peu ou pas utile [Guerra et Dugué 2018]. Dans une enquête réalisée par l'ISNI en 2012-2013, près des deux tiers (65,3 %) des internes de santé publique jugeaient insuffisante leur formation initiale, plaçant la spécialité en avant-dernière position (taux d'insatisfaction allant de 11,4 à 67,2 %) [ISNI 2014]. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce constat.

Tout d'abord, les enseignements théoriques ne couvrent pas l'ensemble des champs de la santé publique. Certaines disciplines sont particulièrement investies comme l'épidémiologie, les biostatistiques ou l'information médicale, via des cours spécifiques au DES de santé publique ou via des formations complémentaires (masters, DU, etc.) [Perrillat et Goldberg 1999 ; Alves de Rezende 2010]. Au contraire, certaines disciplines (sociologie de la santé) ou approches (promotion de la santé, santé environnement) sont beaucoup moins fréquemment enseignées [Longchamps et Hurel 2021]. Ces différences sont notamment visibles pour les cours nationaux en ligne mis en place dans le cadre de la réforme de 2017. Ainsi, parmi les 8 modules de formation, alors que les cours d'épidémiologie ou de biostatistiques sont disponibles en quasi-totalité, à la fois pour le module de base et le module avancé, les modules administration et économie de la santé, promotion de la santé, et santé environnement sont incomplets voire absents, notamment pour les modules avancés³³.

L'enseignement théorique dans les différentes disciplines et approches nécessite la présence d'enseignants capables et disponibles pour dispenser de tels enseignements. Or, ceux-ci font défaut, en particulier pour certaines disciplines [Blum-Boisgard 1994], par exemple : sociologie de la santé, économie de la santé, et plus largement sciences humaines et sociales, administration de la santé, ou encore santé environnement. Ces manques sont la conséquence

³³ Etat des lieux réalisé dans le cadre de l'assemblée générale du CUESP du 24/05/2022

du faible nombre de postes d'enseignements dans ces disciplines, notamment lié à la façon dont la spécialité médicale de santé publique s'est structurée durant la deuxième moitié du XXe siècle [Petit 2020]. L'absence de ces enseignants est ainsi à la fois source et résultat des faibles effectifs de médecins formés dans ces champs, en particulier parmi les universitaires de santé publique. Ainsi, l'épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques, et l'information médicale représentent respectivement 32 % et 28 % des domaines d'activités principaux des médecins de santé publique exerçant en établissement publique de santé [Guerra et Dugué 2018]. Ce faible nombre d'universitaires pouvant enseigner la diversité des disciplines et approches constitutives de la santé publique est notamment liée à la réforme Debré de 1958 qui impose d'occuper simultanément un poste hospitalier et un poste universitaire [de Kervasdoué 2006]. Par ailleurs, des difficultés à faire intervenir des enseignants non médecins, liées par exemple aux contraintes pour rejoindre le Conseil national des universités (CNU) dans sa section santé publique, ne permettent pas de combler ce manque [Salomez et Quantin 2006 ; Alberti 2020]. Ces limites, pourtant identifiées très tôt [Debré 1973], existent encore aujourd'hui.

D'autres obstacles participent à l'insatisfaction quant à la formation des internes de santé publique. C'est notamment le cas des effectifs des promotions d'internes, souvent réduits et par ailleurs partagés sur le territoire entre les 28 subdivisions. Ces petits effectifs d'étudiants, associés à un nombre limité d'enseignants, poussent ces derniers à privilégier le développement de formations mutualisées avec d'autres étudiants, notamment sous la forme de masters. Ainsi, ces formations complémentaires sont fortement recommandées par les responsables de formation du DES de santé publique [Alves de Rezende 2010]. De nombreux internes suivent donc ces formations complémentaires (masters, DU...), principalement motivés par le caractère « obligatoire » pour la validation du DES (71,6 %) ou compte tenu de cours de DES absents ou jugés insuffisants (65,3 %) ³⁴.

La formation en santé publique souffre également de difficultés à faire le lien entre enseignement, recherche, et pratique. Les rattachements disciplinaires au sein de la santé publique (épidémiologie, biostatistiques, sociologie, etc.) contribuent à une formation tournée vers l'étude et la compréhension des problèmes de santé. Bien qu'une telle démarche soit évidemment nécessaire, elle met de côté la question de la pratique de la santé publique, c'est-à-dire de la manière de résoudre en pratique les problèmes de santé identifiés. Ainsi, « *la santé publique, en France, est 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 Depinoy 2006].

La formation pratique au cours de l'internat semble davantage consolidée que l'enseignement théorique. Ainsi, 94 % des anciens internes jugeaient leur formation pratique utile [Guerra et Dugué 2018]. Au cours des quatre années du DES, l'interne bénéficie de 8 stages de 6 mois pour consolider et mettre en pratique sa formation en santé publique. Cependant, comme pour la formation théorique, les possibilités de stages offertes au choix des internes sont très variables selon les domaines et disciplines. Comme pour les enseignements théoriques, la prédominance

³⁴ Données non publiées de l'enquête menée en 2012-2013 par l'ISNI sur la formation des internes (données portant spécifiquement sur les internes de santé publique)

des stages hospitaliers défavorise les disciplines les moins mobilisées en santé publique à l'hôpital [Demeulemeester et Depinoy 1992].

Ce constat sur la formation théorique et pratique est à nuancer au regard des variations entre les différentes subdivisions de formation. Il existe en effet une forte hétérogénéité entre les villes, aussi bien concernant les cours dispensés que les stages accessibles [Blum-Boisgard 1994]. Dans certaines subdivisions, les internes ne bénéficient par exemple d'aucuns cours organisés à destination des internes, tandis que la formation est davantage développée dans d'autres subdivisions [Longchamps et Hurel 2021]. La diversité de l'offre de stages accessible pour les internes de santé est également très variable d'une ville à une autre, restreignant parfois les possibilités de formation pratique à un ou deux domaines de la santé publique [Alves de Rezende 2010].

III.4. Une identité difficile à construire

La diversité de la santé publique (en termes de disciplines, d'approches, d'exercices) et la distance par rapport à la médecine clinique traditionnelle nourrissent des questionnements sur l'identité du médecin de santé publique, en particulier au cours de l'internat [CLISP 2013 ; Dugué 2024]. Chaque année, les nouvelles promotions d'internes sont amenées à se questionner sur leur position au sein du système de santé, et plus largement leur futur rôle dans l'écosystème de la santé publique en tant que médecin de santé publique.

La recherche d'une identité propre et commune aux médecins de santé publique est rendue difficile par la grande variété inhérente à la santé publique. Chaque médecin de santé publique empruntant sa propre voie, ils évoluent rarement ensemble, ni au cours de leur formation, ni durant l'exercice de leur fonction. Il en résulte un sentiment d'isolement, peu propice à l'émergence d'une identité commune [Gautier et al. 2024]. Ainsi, bien qu'ils créent des espaces pour se retrouver, notamment à travers les différentes associations, le groupe des médecins de santé publique est particulièrement inhomogène, si tant est qu'un tel groupe existe.

La difficulté à construire une identité est renforcée par les incertitudes autour de la place du médecin de santé publique, et sa plus-value, à la fois par rapport aux autres médecins, et par rapport aux autres professionnels de santé publique. Un exercice de santé publique est tout à fait possible, à temps partiel comme à temps plein, pour des médecins d'autres spécialités, notamment via la réalisation de formations complémentaires comme des masters.

Quel est donc l'intérêt de devenir médecin de santé publique, puisque l'exercice de cette spécialité ne leur est pas exclusivement réservée, contrairement aux autres spécialités médicales ? [Bérard 2007]

De façon similaire, des professionnels de santé publique non-médecins exercent de nombreuses fonctions en santé publique, parfois sur des postes indifféremment occupés par des médecins de santé publique ou non. Quelle est donc la plus-value de suivre des études de médecine dans le cadre d'une activité de santé publique ?

Face à ces questionnements et difficultés, comment une (ou plusieurs) identités du médecin de santé publique se construisent-elles ?

Problématique

I. Rappel des principaux constats

L'intervention de médecins dans le champ de la santé publique n'est pas nouvelle et prend une place de plus en plus importante. De nombreuses formations de santé publique accessibles aux médecins se sont développées, notamment au cours du XIXe et du XXe siècles. Une spécialité médicale de santé publique est mise en place en 1984 et modifie de façon importante la formation des médecins de santé publique. La création de cette spécialité s'est accompagnée de nombreuses questions, et difficultés : remise en question d'une filière dédiée à la santé publique, manque de lisibilité liée à la diversité des disciplines, domaines et approches existants, formation parcellaire limitée par différentes contraintes, difficulté à faire émerger une identité propre et commune aux médecins de santé publique. Ces questionnements se sont prolongés dans le temps et continuent à contribuer à l'absence de définition claire et de lisibilité de cette spécialité. Ainsi, malgré le développement d'enseignements théoriques de santé publique dans les deux premiers cycles des études médicales, la compréhension de la spécialité de santé publique par les étudiants en médecine reste limitée : difficulté à appréhender une approche collective de la santé, absence de stages pratiques en santé publique lors de l'externat, faible exposition à des modèles de médecins de santé publique vers lesquels les étudiants pourraient tendre. Cela se traduit par une dévalorisation de la spécialité au sein de la profession médicale : transmission de contenus limités et stéréotypes négatifs, faible intérêt pour la spécialité et le contenu enseigné relatif à la santé publique, choix dans les derniers postes à l'issue des ECN.

Malgré les difficultés de la filière, la spécialité continue à être choisie chaque année par des étudiants en médecine : 547 postes pris entre 2015 et 2022, soit près de 70 nouveaux internes de santé publique chaque année [Valter et al. 2023]. Le DES de santé publique est ainsi devenu la principale voie d'accès à une spécialisation médicale en santé publique, assurant le renouvellement et même l'accroissement des effectifs de médecins de santé publique en exercice. Ainsi, contrairement à certaines prédictions au moment de la création du DES de santé publique (« son unité ne sera pas évidente et sa diversité la condamnerait »³⁵), cette filière perdure depuis 40 ans. Dès sa création, les internes de santé publique se sont saisis des difficultés identifiées et se sont organisés en associations, en cherchant collectivement à comprendre et définir la place du médecin de santé publique, tout en participant à améliorer leur formation. Ces réflexions continuent à traverser chaque génération d'internes et médecins de santé publique, comme le montrent les différents travaux réalisés à ce sujet et la publication très récente d'un ouvrage collectif dédié à cette question, dont 19 des 24 auteurs sont des médecins de santé publique [Gautier et Satilmis 2024].

³⁵ Extrait d'un document relatif à l'avis du Conseil d'État sur la filière de santé publique : note de présentation du projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutique au Conseil des ministres, 21 juillet 1982, archives nationales

II. Problématique

La construction historique, l'enseignement, les caractéristiques et le positionnement particuliers de cette spécialité soulèvent ainsi de nombreuses interrogations qui mériteraient d'être étudiées (et l'ont déjà été en partie pour certaines) : quelle place devrait être donnée à la santé publique au cours des deux premiers cycles des études de médecine ? Comment les différentes générations d'internes ont vécu et se sont approprié l'internat de santé publique ? Que deviennent les internes de santé publique à l'issue de leur formation ? La santé publique a-t-elle sa place parmi les spécialités médicales ? D'autres professions devraient-elles bénéficier de filière de formation en santé publique ? Dans quelle mesure santé publique et exercice clinique peuvent-ils s'articuler ? Comment évaluer le besoin populationnel en termes d'effectifs de médecins de santé publique à former ?

Finalement, alors même que la spécialité de santé publique est éloignée de la pratique clinique enseignée durant les études médicales, dévalorisée au sein des facultés de médecine et peine à trouver sa place au côté des autres spécialités, comment comprendre le choix des étudiants qui, chaque année, continuent à s'engager dans la voie du DES de santé publique à l'issue des ECN ?

J'ai choisi ici de m'intéresser plus particulièrement à la période de l'internat et aux internes de santé publique. L'objectif est, en étudiant les trajectoires de futurs médecins qui choisissent la santé publique, d'identifier qui sont ces étudiants et quelles sont les motivations de leur choix, mais également de mieux comprendre les effets de l'internat de santé publique sur ces étudiants, et la façon dont cette nouvelle phase du parcours s'articule avec les précédentes, en montrant les potentielles transformations aboutissant à leur construction en tant que professionnels, comme médecins de santé publique.

Méthode

I. Cadrage de la thèse

I.1. Groupe professionnel étudié : les médecins de santé publique formés via l'internat

Comme on l'a vu en introduction, le terme de « médecin de santé publique » recouvre différents groupes, non mutuellement exclusifs :

- les anciens internes de santé publique, ayant obtenu le DES existant depuis 1984 ;
- les médecins ayant la qualification « santé publique » auprès de l'Ordre des médecins, quel que soit leur parcours antérieur ;
- les médecins ayant une activité de santé publique, à temps plein ou à temps partiel, sans qualification reconnue officiellement de « santé publique » ;
- et de façon très large, l'ensemble des médecins ayant une mission de santé publique (en particulier des actions de prévention individuelle, par exemple les médecins généralistes).

Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons à la première définition, c'est-à-dire les médecins ayant suivi un internat de santé publique et ayant obtenu le DES correspondant. Pour simplifier la lecture, le terme de « médecin de santé publique » sera utilisé de façon générique pour désigner ce groupe. La restriction de cette définition permet ainsi de se concentrer sur un groupe relativement homogène en termes de parcours, l'ensemble de ces médecins ayant suivi un internat d'au moins quatre années, avec des enseignements théoriques et pratiques spécifiques en santé publique. Il est à noter que depuis la création du DES de santé publique, le contenu de ces enseignements a évolué : par construction progressive des enseignements théoriques ainsi que de l'offre de stages, mais également lors des modifications successives de la maquette du DES. C'est notamment le cas de la réforme du troisième cycle des études médicales mise en place en 2017, qui a modifié le cadre de formation, à la fois sur les plans théorique et pratique. Cependant, les parcours de formation des internes de santé publique semblent être restés assez stables, même si certains domaines de la santé publique semblent être privilégiés de façon variable par les internes terminant leur parcours selon les années [Perrillat et Goldberg 1999 ; Guerra et Dugué 2018].

I.2. De la question de l'identité à la notion de socialisation

La construction, les caractéristiques et le positionnement particuliers de la spécialité de santé publique, décrits en introduction, soulèvent de nombreuses interrogations qui mériteraient d'être étudiées. Dans le cadre de ce travail, j'ai choisi de m'intéresser à ce que nous apprend l'étude des trajectoires de futurs médecins choisissant la santé publique sur les motivations liées à ce choix et sur la façon dont l'internat participe à leur construction en tant que professionnels.

Cette construction est souvent rapprochée spontanément par les internes de santé publique de la question de leur identité professionnelle. La notion d'identité peut désigner de nombreux

concepts, en particulier selon la discipline mobilisée (philosophie, psychologie, sociologie, géographie, droit, économie, numérique, etc.). En sciences sociales, différentes identités peuvent être distinguées : identité individuelle, identité sociale, identité collective... Cette dernière peut se définir comme « une intention sociale, venant des groupes qui cherchent à revendiquer une place et à se faire reconnaître dans l'espace social » [Wittorski 2008]. Dans le monde du travail plus spécifiquement, il existe une notion d'identité professionnelle ou identité de métier. Elle découle de l'identité collective, avec des spécificités liées au contexte d'émergence de chaque profession et à leur histoire : développement de gestes techniques spécifiques, utilisation d'une « langue de métier », conquêtes syndicales, consolidation de corporations, etc. Néanmoins, identités professionnelle et personnelle restent interdépendantes [Dubar 2015].

L'identité, et plus particulièrement l'identité professionnelle, n'est pas un élément figé mais au contraire en perpétuelle évolution. Ainsi, les identités professionnelles peuvent être considérées comme des éléments « dynamiques, et comme formées et reformées à travers le dialogue et l'interaction » [Gordon et al. 2020]. Il existe alors un travail identitaire, qui débute lors de l'entrée dans la formation et qui se poursuit tout au long de l'exercice de la profession. Ainsi, « c'est par l'expérience de l'action collective que se constitue l'identité collective » [Wittorski 2008]. La construction de l'identité est ainsi une transformation ou conversion, à la fois processus et travail orienté par l'activité de l'individu et/ou d'organisations extérieures [Darmon 2011]. La notion d'identité reste cependant assez peu opérante pour la mise en œuvre d'une recherche, étant avant tout centrée sur la perception qu'ont les individus d'eux-mêmes et non appuyée sur des faits observables.

Certaines approches sociologiques ont été développées pour permettre d'étudier les parcours d'individus et de groupes, s'appuyant cette fois sur les faits observés. C'est notamment le cas de la notion de socialisation. La socialisation désigne « *l'ensemble des processus par lesquels l'individu est construit – on dira aussi « formé », « modelé », « façonné », « fabriqué », « conditionné » – par la société globale et locale dans laquelle il vit, processus au cours desquels l'individu acquiert – « apprend », « intériorise », « incorpore », « intègre » – des façons de faire, de penser et d'être qui sont situées socialement* » [Darmon 2016]. Plus simplement, il s'agit de « *la façon dont la société forme et transforme les individus* ». On distingue classiquement une socialisation primaire, au cours de l'enfance, et des socialisations secondaires, à l'âge adulte, sans frontière fixe entre les deux. C'est un processus et un travail permanent et non linéaire, qui se fait « *en actes* » et « *en paroles* » [Zolesio 2018].

L'approche par la socialisation a été particulièrement développée dans le cadre de l'étude des professions³⁶, et notamment en médecine. Dès le milieu du XXe siècle, plusieurs auteurs américains se sont intéressés à la question de la socialisation des étudiants en médecine, notamment Merton dans *The Student-Physician* [Merton et al. 1957] et Hughes dans *The Making of a Physician* [Hughes 1956], accompagné par Becker dans *Boys in White* [Becker et al. 1961]. Dans ce dernier ouvrage, Becker décrit un modèle de socialisation des étudiants en médecine : d'abord, un « passage à travers le miroir », c'est-à-dire une immersion dans la culture

³⁶ Le terme « profession » est ici utilisé en s'appuyant sur la sociologie des professions, et désigne un métier caractérisé notamment par un accès limité au groupe professionnel, contrôlé par ses membres, et revendiquant une identité et des compétences spécifiques et reconnues socialement.

professionnelle, puis une « installation dans la dualité » entre modèle idéal et modèle réel, source de tensions et conflits, et enfin l'ajustement de la conception de soi avec une projection personnelle dans une carrière future. Ces travaux ont été repris et développés au cours des dernières décennies, y compris dans le contexte français. C'est notamment le cas avec l'ouvrage de Saint-Marc, *La formation des médecins : sociologie des études médicales*, paru en 2011 [Saint-Marc 2011].

Les travaux réalisés autour de la socialisation des médecins ont été très largement centrés sur le parcours des étudiants en médecine avant leur spécialisation. Cependant, cette socialisation secondaire se poursuit et se modifie lors de la spécialisation (internat) et de l'entrée dans le monde professionnel correspondant à la spécialité [Schepens et Zolesio 2015]. On peut ainsi observer des enjeux et des transformations spécifiques selon les spécialités, qui viennent compléter, modifier et interagir avec les produits des socialisations précédentes, acquises au cours des études de médecine et même avant. En prenant l'exemple des femmes chirurgiennes, Zolesio souligne que « selon les dispositions antérieurement incorporées pendant la socialisation primaire, toutes les étudiantes ne sont pas en mesure d'incorporer ce que la socialisation secondaire de type professionnel leur offre » [Zolesio 2018]. Il ne s'agit donc pas d'une conversion, mais d'une « transformation » ou d'un « renforcement » de socialisations ultérieures. En cas d'écart trop important entre cette socialisation et les dispositions antérieures, on peut ainsi observer une « socialisation professionnelle ratée » [Zolesio 2009a]. D'autres travaux ont aussi étudié cette question de la socialisation professionnelle des médecins lors de leur spécialisation, en médecine générale [Baszanger 1981 ; Bloy 2014], en médecine légale [Juston 2018], en soins palliatifs [Castra et Schepens 2015] ou encore en psychiatrie [Penchaud 2007].

I.3. Questions et hypothèses initiales

Cette approche faisant appel au concept de socialisation nécessite de s'intéresser à différentes questions, en particulier [Darmon 2016 ; Zolesio 2018] :

- Qui socialise ?
- Comment ? Par quels moyens ?
- Quel est le contenu de cette socialisation ? Quelles sont les dispositions transmises ?
- A quels moments, périodes ou étapes-clés se réalise cette socialisation ?
- Comment s'articule-t-elle avec les socialisations précédentes (en particulier : la socialisation primaire, la socialisation secondaire au cours des deux premiers cycles des études médicales) et les socialisations extra-professionnelles simultanées ?

En reprenant notre problématique sur les motivations du choix de l'internat de santé publique et sur les mécanismes et produits de la socialisation à l'œuvre durant cet internat, nous pouvons ainsi identifier les questions suivantes :

- Quelles sont les motivations, les propriétés sociales et les trajectoires des personnes qui entrent dans l'internat de santé publique, dès le choix post-ECN ou après un droit au remords ?

- Quelles sont les trajectoires suivies au cours de l'internat de santé publique, notamment en termes de formation pratique (stages) et théoriques (cours et diplômes complémentaires éventuels) ? Comment les internes les choisissent-ils ?
- Qui participe à la formation et à la construction professionnelle des internes de santé publique ?
- Quel est le faisceau de tâches [Hughes 1996] et de compétences d'un médecin de santé publique ?
- Quelle(s) transformation(s) s'opère(nt) durant cette période par rapport aux socialisations antérieures ? Par quel(s) mécanisme(s) ? Y a-t-il des transformations communes à tous les futurs médecins de santé publique ? Des transformations partagées par certains groupes ? Des transformations spécifiques à quelques individus ?
- Comment ces transformations s'appuient sur, renforcent, complètent et/ou font évoluer le produit des socialisations antérieures (primaire, et secondaire durant les études de médecine) ?
- Dans quelle mesure ces transformations peuvent ne pas aboutir, en particulier chez des internes réalisant un droit au remords sortant ou n'exerçant pas dans le domaine de la santé publique par la suite ?

En écho à ces questionnements, différentes hypothèses initiales ont été élaborées, appuyées sur la bibliographie existante et mon expérience personnelle de l'internat :

- La socialisation professionnelle des médecins de santé publique s'effectue principalement lors des stages, et dans une moindre mesure lors des interactions entre internes de santé publique, en particulier dans le cadre associatif. Elle s'effectue peu lors des enseignements théoriques et via les acteurs universitaires.
- Cette socialisation ayant lieu principalement lors des stages, via les médecins de santé publique encadrant mais également via l'ensemble des acteurs présents, des différences importantes de socialisation professionnelle existent selon les domaines et structures rencontrés dans le parcours des internes et médecins de santé publique.
- Cette socialisation repose sur des choix plus ou moins subis (par exemple, choix post-ECN de la spécialité par défaut ou par rejet des autres spécialités, choix de certains stages d'internat au hasard ou selon les postes disponibles après choix des autres internes), mais également sur des éléments choisis (choix de stages spécifiques pour explorer un domaine ou pour se familiariser avec certains acteurs), dont il est intéressant d'analyser les processus.
- Cette socialisation se construit sur une socialisation primaire et secondaire formant un terreau favorable à son développement, sans véritable conversion mais par transformation et/ou renforcement de certaines dispositions.
- Dans le cas où elle est trop éloignée de ces socialisations précédentes, la socialisation ratée³⁷ du futur médecin de santé publique peut aboutir à un droit au remords, un abandon, ou une transformation de son exercice pour s'adapter au mieux à ses attentes.

³⁷ La socialisation ratée, par opposition à une socialisation réussie, a été décrite et théorisée comme une « asymétrie complète entre la réalité objective et subjective », c'est-à-dire, de façon schématique, entre le monde social dans lequel évolue l'individu et l'identité qu'il a intériorisée [Berger et Luckmann 2022]. Une

- Après l'internat, cette socialisation professionnelle se poursuit et est encore importante lors des premières années post-internat ou lors de changements importants de poste (changement de domaine, de structure).

Schématiquement, on fait ainsi l'hypothèse que l'on peut distinguer différentes étapes et périodes de socialisation pour le médecin de santé publique :

- socialisation primaire, avant le début des études de médecine ;
- socialisation secondaire en tant qu'étudiant en médecine (1^{er} et 2^e cycles des études médicales) ;
- socialisation secondaire professionnelle en tant que médecin de santé publique, en deux phases : une première phase lors de l'internat de santé publique et une seconde phase, après l'internat, lors de l'exercice professionnel.

II. Le choix d'une approche mixte

Pour explorer ces différentes hypothèses, une approche mixte nous a paru la plus pertinente. Après une étape exploratoire nourrie par mon vécu personnel de l'internat et par des recherches documentaires complémentaires, le travail de cette thèse a été structuré en deux grands volets : d'une part une étude quantitative portant sur l'objectivation du parcours de formation pratique d'internes de santé publique, d'autre part une étude des processus de socialisation à l'œuvre chez les futurs médecins de santé publique à travers une approche qualitative.

II.1. Approche exploratoire : une démarche nourrie par mon vécu personnel de l'internat

Ce travail a été initié et nourri d'abord par mon vécu personnel, en tant qu'étudiant en médecine puis interne de santé publique. Depuis mes 15 ans, et avant même le choix de m'engager dans des études de médecine, je tiens un journal dans lequel je consigne des expériences vécues, mais également des réflexions et interrogations. Je me suis ainsi posé de nombreuses questions sur mes choix d'orientation, sur mon rôle et mon identité professionnelle, en particulier en tant que futur médecin, puis futur médecin de santé publique. A travers ces expériences et ces réflexions, mais aussi les échanges avec d'autres internes et médecins de santé publique, je me suis intéressé à la question de l'identité de l'interne et du médecin de santé publique. Cette question, comme on l'a montré dans l'introduction, existe depuis de nombreuses années, en particulier depuis la création du DES de santé publique, et parcourt depuis de nombreuses promotions d'internes.

J'ai notamment eu l'opportunité d'assister en novembre 2020 à une soutenance de thèse de médecine spécialisée en santé publique portant, avec une approche historique et sociologique, sur la création de cette filière de formation des médecins dédiée à la santé publique [Petit 2020].

socialisation ratée peut survenir suite à un accident biographique, à une socialisation primaire au sein de mondes hautement contradictoires, ou d'une trop grande différence entre socialisations primaire et secondaire (et par extension entre une socialisation secondaire et les socialisations primaire et secondaire(s) antérieures).

Ainsi, l'intérêt pour la question du rôle et de l'identité du médecin de santé publique m'a conduit dès la fin de l'année 2020 à commencer à rassembler différents éléments sur ce sujet : à la fois des ressources bibliographiques, mais également l'observation de faits vécus directement ou rapportés par des co-internes, ou encore le recueil de l'expérience et de réflexions de médecins de santé publique en exercice. Dans ce cadre, mon investissement au sein d'associations d'internes de santé publique, aux niveaux local (SPI, Association des internes de santé publique d'Île-de-France) et national (CLISP, Collège de liaison des internes de santé publique), m'a tout particulièrement permis d'enrichir ces réflexions.

En parallèle, j'ai mené des recherches documentaires pour tenter d'éclairer ces différents questionnements. Ces recherches ont porté sur des matériaux variés. D'une part, j'ai collecté et lu de nombreux articles et ouvrages portant sur les internes et médecins de santé publique, ainsi que le choix de cette spécialité, aussi bien en France qu'à l'étranger. D'autre part, j'ai pu rassembler un certain nombre de documents produits dans le cadre associatif, et auquel j'ai pu accéder dans le cadre de mes fonctions associatives, soit sous format numérique, stockés dans les espaces partagés de ces associations, soit sous format papier, transmis par d'anciens membres de ces associations.

Ces différents éléments ont conduit progressivement à affiner le cadrage du sujet jusqu'à aboutir à celui présenté dans cette thèse, élaboré avec mes deux directeurs de thèse, Cécile Fournier et Frédéric Dugué, tous les deux médecins de santé publique, ayant une formation à la recherche qualitative, et intéressés par les questions touchant à la formation et à la professionnalisation de ce groupe professionnel [Guerra et Dugué 2019 ; Fournier et Girard 2021 ; Dugué 2024]. Face à la diversité des questions soulevées au cours de ce travail, nous avons fait le choix de nous concentrer plus particulièrement sur la période de l'internat de santé publique, passage obligé et spécifique à l'ensemble des médecins ayant le DES de santé publique.

Pour éclairer la problématique et apporter des réponses aux questions énoncées plus tôt quant à la socialisation des internes de santé publique, le choix d'une approche mixte a paru la plus pertinente : d'une part une analyse quantitative des parcours de formation pratique d'internes de santé publique, et d'autre part une analyse qualitative pour comprendre les mécanismes à l'œuvre au cours de cette phase de socialisation.

Pour ces analyses, quantitatives et qualitatives, nous avons choisi de nous intéresser plus spécifiquement aux internes de santé publique d'Île-de-France. Ce choix répond à plusieurs éléments. Tout d'abord, la subdivision de Paris (correspondant à l'ensemble des internes d'Île-de-France) est, en santé publique, la subdivision présentant l'offre de formation théorique et pratique la plus variée en France, couvrant de nombreux domaines et approches différents³⁸ [Alves de Rezende 2010].

Ensuite, Paris est la subdivision accueillant le plus d'internes de santé publique chaque année. En moyenne, 15 nouveaux postes sont ouvertes chaque année, sur environ 80 postes pour

³⁸ Bien que cette particularité de l'Île-de-France permette d'observer des parcours variés, ce choix restreint ne permettra pas de montrer les spécificités de l'internat de santé publique dans d'autres subdivisions. Nous rediscuterons de ce point lors de la présentation des différents résultats.

l'ensemble de la France, et l'ensemble de ces postes sont pourvus³⁹. Ainsi, une soixantaine d'internes de santé publique sont en cours de formation (l'internat durant au minimum 4 ans), permettant d'observer des parcours variés.

Enfin, ce choix répond également à une question de faisabilité. D'une part, l'Île-de-France, grâce au travail du SPI, dispose de données riches et complètes sur de nombreuses années concernant les choix de stages des internes de santé publique. D'autre part, j'ai réalisé ce travail de recherche en parallèle de mes stages d'internat de santé publique en Île-de-France. Ainsi, compte tenu de possibilité de déplacements limités et souhaitant réaliser des entretiens approfondis en présentiel le plus souvent possible, la restriction du groupe étudié à la zone géographique de l'Île-de-France a permis de mener à bien ce travail.

II.2. L'objectivation des parcours de formation pratique des internes de santé publique d'Île-de-France

La première partie de cette thèse est consacrée à l'étude quantitative des parcours des internes de santé publique d'Île-de-France, en particulier en termes de stages réalisés, afin d'en comprendre les principales caractéristiques et de mettre en avant les points communs et divergences de ces parcours.

II.2.1. Design de l'étude quantitative

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur des données collectées dans le cadre des activités du SPI. Le SPI, en tant qu'association représentative des internes de santé publique d'Île-de-France, participe à l'agrément de nouveaux terrains de stages, ainsi qu'à la préparation et au suivi des choix semestriels de stage en santé publique, et recueille dans ce cadre de nombreuses données. Parmi les internes ayant choisi la santé publique en Île-de-France, cette étude concerne plus spécifiquement les internes ayant passé les ECN entre 2004 et 2018⁴⁰. Ces données, pour la plupart disponibles publiquement via Légifrance⁴¹ ou l'Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France⁴², comprennent :

- le sexe et l'année de naissance ;
- des informations liées aux ECN (année de passage, rang de classement, affectation) ;
- des informations liées au parcours (dates de début et fin, éventuel droit au remords réalisé) ;

³⁹ La plupart des subdivisions ne compte qu'un à trois postes ouverts chaque année, et l'ensemble de ces postes n'est pas systématiquement pourvu.

⁴⁰ Le choix de cette période répond à différentes exigences, à la fois de disponibilité des données sur l'ensemble du parcours des internes, mais également de cohérence par rapport à la mise en place en 2004 des ECN en remplacement du concours de l'internat et intégrant la médecine générale comme une spécialité à part entière.

⁴¹ Dans les arrêtés portant classement et affectation des étudiants ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études de médecine.

⁴² Via les documents puis la plateforme en ligne indiquant les affectations semestrielles de stages ainsi que la liste des stages agréés.

- des informations liées aux affectations semestrielles (type de semestres réalisés, stages d'affectations) ;
- et des informations liées aux terrains de stage agréés (nom, localisation, type de structure, domaine(s) du stage).

Différents traitements ont été réalisés sur ces données. Le rang de classement a été rapporté au nombre d'étudiants classés l'année correspondante afin de classer les étudiants en fonction de leur positionnement par quintile dans l'ensemble du classement. Concernant les internes ayant réalisé un droit au remords, les spécialités d'origine ou de destination ont été regroupées en suivant les groupes de spécialités établis dans la réforme du deuxième cycle de 2023 (voir encadré). Les types de semestres réalisés ont été catégorisés selon la classification suivante : stage de santé publique en Île-de-France (excluant les stages non validants⁴³, et incluant les stages en surnombre validants), stage non validant, stage hors-filière, stage hors-subdivision⁴⁴, stage de l'option administration de la santé ou d'une FST, et enfin disponibilité (incluant les disponibilités « recherche » et les disponibilités pour convenance personnelle)⁴⁵.

Les groupes de spécialités selon la réforme du deuxième cycle de 2022⁴⁶

- **Spécialités chirurgicales** : tête et cou (ophtalmologie, ORL, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie orale, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, neurochirurgie), hors tête et cou (chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie pédiatrique, gynécologie obstétrique, urologie, chirurgie orthopédique et traumatologie)
- **Médecine de l'aigu** : anesthésie-réanimation, médecine intensive réanimation, médecine d'urgence
- **Médecine d'investigation** : radiologie et imagerie médicale, médecine nucléaire, anatomie et cytologie pathologiques, biologie médicale, génétique médicale
- **Santé publique, santé au travail, médecine légale**
- **Spécialités médicales transversales** : gériatrie, médecine interne et immunologie clinique, maladies infectieuses et tropicales, allergologie, dermatologie et vénéréologie, rhumatologie
- **Pédiatrie**
- **Psychiatrie, neurologie, médecine physique et réadaptation**

⁴³ Certains stages réalisés par les internes peuvent ne pas être validés, dans des cas particuliers (présence effective en stage inférieure à 4 mois, problème important rencontré durant le stage, etc.). En cas de non validation, l'interne doit réaliser un stage supplémentaire pour valider les 8 stages nécessaires dans le cadre du DES de santé publique.

⁴⁴ Les stages hors-filière sont des stages réalisés sur un terrain de stage agréé pour une autre spécialité que la santé publique. Les stages hors-subdivisions sont des stages de santé publique réalisés dans une autre subdivision que Paris, voire à l'étranger. Les stages hors-subdivisions sont parfois également appelés stages « inter-CHU ».

⁴⁵ Les disponibilités correspondent à des semestres durant lesquels l'interne n'est pas affecté dans un stage. Ces disponibilités peuvent être réalisées pour différentes raisons (formation complémentaire type master, grossesse, arrêt maladie, voyage, etc.)

⁴⁶ Arrêté du 19 avril 2022 fixant les modalités d'organisation de la procédure nationale d'appariement pour l'accès au troisième cycle des études de médecine

- **Endocrinologie-diabétologie-nutrition, gynécologie médicale**
- **Hématologie, oncologie, hépato-gastroentérologie**
- **Médecine cardiovasculaire, médecine vasculaire, pneumologie, néphrologie**
- **Médecine générale**

Concernant les stages, deux types de catégorisation ont été choisies, en s'appuyant et simplifiant celles développées par le SPI au cours des dernières années afin d'identifier les types de structure et de domaines des terrains de stage. Premièrement, les types de structure ont été regroupées comme suit : administration (administration centrale, collectivité territoriale et autre administration), association (association, organisation non gouvernementale (ONG), fondation), cabinet de conseil, établissement de santé privé, établissement de santé public, industrie pharmaceutique, organisme de recherche et de formation. Cette classification Deuxièmement, les domaines des stages ont été catégorisés selon des pôles de pratique : administration de la santé (administration et organisation de la santé), clinique, sciences humaines et sociales (incluant l'économie de la santé), épidémiologie-recherche clinique, information-informatique médicale (information médicale, informatique et numérique en santé), prévention-promotion de la santé, veille et sécurité sanitaire (sécurité sanitaire et qualité-sécurité des soins). Un stage pouvant couvrir plusieurs domaines, un pôle principal a été attribué à chaque stage en suivant les règles suivantes :

- les stages à Santé publique France et en industrie pharmaceutique ont été affecté au pôle épidémiologie-recherche clinique ;
- les stages couvrant le domaine clinique ont été affecté au pôle clinique⁴⁷ ;
- les stages couvrant uniquement le domaine des sciences humaines et sociales ont été affectés au pôle du même nom ;
- les stages couvrant les domaines de la veille et sécurité sanitaire, de la prévention-promotion de la santé, de l'information-informatique médicale, de l'épidémiologie-recherche clinique et de l'administration de la santé ont été affectés aux pôles correspondants, en respectant cet ordre⁴⁸.

II.2.2. Analyses

Les analyses ont porté sur les internes de santé publique ayant passé les ECN entre 2004 et 2018, n'ayant pas changé de subdivision au cours de l'internat (pour exclure les parcours incomplets) et non militaires (compte tenu des spécificités propres aux internes relevant du Service de santé des armées).

⁴⁷ L'ensemble de ces stages couvrent également le domaine de prévention-promotion de la santé.

⁴⁸ Par exemple, un stage couvrant à la fois le domaine de la veille et sécurité sanitaire et de l'administration de la santé était classé dans le pôle « veille et sécurité sanitaire ». Cette classification a été utilisée afin de faire ressortir la spécificité de ces différents stages, notamment par rapport aux domaines les plus fréquents que sont l'épidémiologie/recherche clinique et l'administration de la santé.

Une analyse descriptive des caractéristiques de ces internes à l'entrée et à la sortie de l'internat, ainsi que du nombre et du type de semestres réalisés durant l'internat de santé publique a été réalisée. Pour les internes ayant réalisé un internat complet en santé publique (sans droit au remords ni arrêt prématuré), une analyse des parcours a été réalisée. Le nombre de semestres selon le type de structure et le pôle principal du stage a été calculé et rapporté au nombre total de semestres réalisés dans un stage de santé publique en Île-de-France. Pour chaque interne, un type de parcours (selon le nombre de structures et de pôles différents explorés) et une orientation principale ont été attribués. L'orientation a été attribuée automatiquement selon le ou les pôles majoritaires parmi les stages réalisés, en suivant les règles suivantes :

- lorsque plus de la moitié des stages était réalisée dans un type de pôle, celui-ci était attribué comme orientation principale ;
- lorsqu'un type de pôle était majoritaire (représentant entre 33 % et 50 % des stages réalisés), celui-ci était attribué comme orientation principale ;
- lorsque deux types de pôles étaient majoritaires à égalité, si l'un des deux était l'épidémiologie-recherche clinique, l'autre pôle majoritaire était attribué comme orientation principale, puis, de la même façon, si l'un des deux était l'administration de la santé, l'autre pôle majoritaire était attribué comme orientation principale⁴⁹ ;
- dans les autres cas, lorsqu'aucun pôle ne se dégageait clairement, une orientation « multipôles » a été attribuée.

Les analyses descriptives réalisées ont porté sur les effectifs et fréquences pour les variables catégorielles, et sur les moyennes et écarts-types pour les variables continues. Des analyses univariées ont également été réalisées pour mettre en évidence d'éventuelles différences entre les types de parcours ou les promotions d'internes. Pour cette dernière analyse, les internes ont été regroupés selon l'année de passage des ECN, en groupes de taille équivalente autant que possible, en respectant la séparation entre les internes ayant passé les ECN avant 2017 et ceux ayant passé les ECN en 2017 ou après, compte tenu de la réforme du troisième cycle des études de médecine ayant été instaurée en 2017. Différentes analyses ont été réalisées afin d'évaluer la significativité des différences observées : test exact de Fisher pour les variables catégorielles, test de Kruskal-Wallis pour les variables continues. L'ensemble des analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R, version 4.1.2 [R Core Team 2021].

II.2.3. Protection des données

Cette étude s'appuie sur la réutilisation de données collectées dans le cadre des activités du SPI, dont la plupart sont accessibles publiquement soit via Légifrance, soit via l'ARS Île-de-France. Dans le cadre du règlement général sur la protection des données (RGPD), la base de traitement de ces données est celle de l'intérêt légitime pour le SPI, c'est-à-dire l'« intérêt manifestement licite au regard du droit », « déterminé de façon suffisamment claire et précise », « réel et présent pour l'organisme concerné »⁵⁰. Le SPI est l'association représentant les internes de santé publique d'Île-de-France. Ses objectifs comprennent la promotion de la spécialité médicale de

⁴⁹ Ce choix a été fait afin de faire ressortir les spécificités des parcours, l'épidémiologie/recherche clinique et l'administration de la santé étant souvent associés à d'autres pôles.

⁵⁰ Commission nationale de l'informatique et des libertés

santé publique et l'aide aux internes pour découvrir la spécialité et construire leur parcours. A ce titre, elle réalise des études afin de comprendre et suivre la perception de la spécialité de santé publique, l'évolution des parcours des internes et anciens internes ainsi que les attentes des internes et anciens internes concernant les missions du SPI, et communique sur les résultats de ces études. Les informations relatives au traitement des données ainsi qu'à l'exercice des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation de ces données sont affichées sur le site internet du SPI⁵¹.

II.3. L'étude des processus de socialisation des internes de santé publique

La seconde partie de la thèse repose sur les outils de la recherche qualitative en santé, issus de la sociologie. En particulier, l'étude des processus de socialisation de jeunes professionnels a conduit à mobiliser les travaux de Muriel Darmon [Darmon 2016]. Ces derniers ont notamment porté sur la manière dont les produits de la socialisation émergent et s'articulent entre eux, en particulier à une période de la vie (fin de formation et entrée dans le monde professionnel) où les nouvelles socialisations (secondaires) viennent se confronter aux précédentes (primaires). La recherche bibliographique s'est également intéressée aux travaux développés par les sociologues interactionnistes et les sociologues des professions. Cette étude met en œuvre les premières étapes d'une approche par théorisation ancrée, avec des allers-retours entre le terrain d'une part et l'analyse et la théorisation d'autre part [Corbin et Strauss 2015].

Cette recherche qualitative s'appuie principalement sur la réalisation d'entretiens individuels. En complément, d'autres matériaux ont également été utilisés : journal de bord de suivi de la recherche, mémoires individuels d'internes pour la validation du DES, journal personnel.

II.3.1. Les entretiens

Afin d'examiner les étapes et mécanismes à l'œuvre lors de la socialisation professionnelle des médecins de santé publique, une attention particulière a été apportée à leurs parcours de vie. Dans cette optique, des entretiens biographiques ont été réalisés afin de retracer les moments clés et les étapes de cette socialisation, ainsi que les transformations qui en découlent.

Echantillonnage

Afin d'étudier les processus d'une socialisation considérée comme progressive et permanente, l'échantillonnage a permis d'interroger des internes et médecins de santé publique à différentes étapes de leur carrière : à l'entrée de l'internat, à la sortie de l'internat et l'entrée dans le post-internat, en milieu de carrière. Par ailleurs, dans l'hypothèse d'une socialisation différenciée selon le milieu de formation et d'exercice, ainsi que selon le domaine de santé publique, l'échantillonnage a également permis de varier le ou les domaine(s) principal(aux) de formation

⁵¹ <https://isp-paris.org>

et/ou d'exercice, ainsi que les principales structures de formation et d'exercice [Guerra et Dugué 2018] :

- domaines :
 - o épidémiologie, recherche clinique, biostatistiques ;
 - o information médicale ;
 - o politique de santé et organisation des soins ;
 - o activité clinique ;
 - o qualité et sécurité des soins ;
 - o autres ;
- structures :
 - o établissement public de santé ;
 - o administration publique ;
 - o secteur privé (établissement de santé et hors hospitalisation) ;
 - o organisme de recherche publique ;
 - o autres.

D'autres critères secondaires ont été pris en compte pour l'échantillonnage, notamment la participation ou non à une association d'internes durant l'internat, et la réalisation du DES en 4 ans ou plus (allongement via des disponibilités, formations, etc.).

Les entretiens ont été réalisés pas à pas, en fonction des premiers éléments identifiés progressivement dans ceux-ci, des analyses préliminaires effectuées et des hypothèses guidant le travail, affinées au fur et à mesure. Une première cible jugée réaliste du nombre d'entretiens à réaliser était estimée comme suit :

- 5 internes de santé publique au tout début de leur internat ;
- 5 internes/médecins de santé publique à la fin de leur internat, ou dans les premiers mois suivant leur première prise de poste ;
- 5 médecins de santé publique exerçant depuis environ 10 ans.

Pour compléter ces entretiens, confirmer certaines hypothèses ou explorer certains aspects particuliers, d'autres entretiens étaient envisagés :

- auprès d'internes ayant effectué un droit au remords pour quitter l'internat de santé publique ;
- auprès d'internes non franciliens ;
- auprès d'autres acteurs.

Compte tenu des contraintes de temps, seuls un entretien auprès d'un interne ayant réalisé un droit au remords sortant a pu être réalisé.

Déroulement

Dans la mesure du possible, les entretiens ont été conduits sur le lieu de stage (n=8) de la personne interviewée, voire à son domicile (n=2). A défaut, l'échange a été réalisé par visioconférence pour certains enquêtés (n=3).

J'ai mené l'ensemble des entretiens réalisés. En tant qu'interne de santé publique, ma position m'a permis d'accéder facilement aux différents enquêtés et d'instaurer rapidement une proximité propice à des échanges riches. Cette position pouvait néanmoins comporter certaines limites :

- La connaissance personnelle de certains enquêtés pouvait être un frein pour aborder certains aspects plus intimes et personnels.
- En tant que pair plutôt avancé dans l'internat, ma position d'enquêteur a pu entraîner chez certains internes un biais de désirabilité sociale, notamment pour les internes en début d'internat, par exemple en mettant en avant un parcours bien construit et en minimisant les doutes et questionnements.
- Enfin, compte tenu de ma connaissance du milieu, les enquêtés ont pu être moins enclin à expliciter dans le détail un certain nombre d'éléments leur paraissant évidents [Hardy et Jourdain 2016]. De la même façon, mes demandes d'explicitations ont pu être moins nombreuses pour des situations qui m'étaient déjà familières.

Afin de réduire ces limites, il a été rappelé aux enquêtés la totale liberté de parole dans le cadre de ces entretiens. Par ailleurs, j'ai porté une attention particulière à chercher à faire expliciter au maximum les propos rapportés. A posteriori, mes deux directeurs de thèse m'ont également aidé à cibler les éléments des entretiens à approfondir dans les prochains entretiens, compte tenu du retour sur les premiers entretiens réalisés.

Lors de la prise de contact des personnes enquêtées, les éléments suivants étaient précisés :

- L'enquêteur mène actuellement une recherche dans le cadre de sa thèse d'exercice à propos des parcours des internes et médecins de santé publique.
- Dans ce cadre, des entretiens sont réalisés afin d'approfondir cette thématique.
- Il est proposé de participer à cette étude en tant que personne enquêtée.
- Pour cela, il est nécessaire de prévoir un créneau d'une heure, dans une pièce calme (sans autres personnes) du lieu de stage/d'exercice.
- L'entretien sera enregistré et retranscrit afin d'être analysé, les résultats présentés seront anonymisés.

Avant le début de l'entretien, les éléments suivants étaient rappelés :

- Dans le cadre de la thèse de l'enquêteur, cet entretien a pour objectif d'approfondir les connaissances autour des parcours des internes et médecins de santé publique.
- L'entretien sera enregistré et retranscrit afin d'être analysé, les résultats présentés seront anonymisés. Le consentement à l'enregistrement est demandé de façon formelle à ce moment.
- L'enquêteur guidera l'entretien et posera différentes questions afin d'orienter la discussion. Tout ce qui sera partagé ici est confidentiel et ne pourra être directement accessible qu'aux autres personnes participants aux analyses (co-directeurs de thèse). L'enquêté peut se sentir libre de parler de tout ce dont il a envie, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.
- Dans le cadre de cet entretien, l'enquêteur mettra sa casquette d'apprenti sociologue et pourra être amené à poser des questions afin de préciser certains points abordés, y compris des éléments pouvant sembler évident pour un interne ou médecin de santé publique.

- Enfin, il est rappelé la possibilité d'accéder aux résultats de l'étude une fois celle-ci terminée.

Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été élaboré en amont du premier entretien réalisé. Ce guide a été adapté pour chaque personne enquêtée (notamment selon son avancement dans sa formation voire son exercice professionnel). Au fur et à mesure des entretiens, le guide a été enrichi et précisé afin d'explorer différents aspects. L'ensemble des éléments du guide n'était pas abordé de façon systématique avec chaque enquêté : les questions étaient posées selon le déroulement de l'entretien, le profil de l'enquêté ainsi que les éléments pour lesquels une compréhension plus approfondie était recherchée.

La dernière version du guide d'entretien est présentée en Annexe 1. Les principales thématiques abordées étaient les suivantes :

- choix des études de médecine ;
- déroulement et vécu des études de médecine avant l'internat ;
- choix de spécialité (et de l'éventuel droit au remords vers la santé publique pour les internes ayant initialement choisi une autre spécialité) ;
- déroulement et vécu de l'internat (stages réalisés, formations théoriques suivies, activités réalisées et compétences développées, encadrement, questionnements durant l'internat) ;
- projection (ou vécu, pour les médecins de santé publique) du parcours après l'internat ;
- définition et perception du médecin de santé publique et de son rôle ;
- vie familiale et amicale.

Entretiens réalisés

Dans le cadre de cette étude, 13 entretiens ont pu être réalisés auprès d'internes et médecins de santé publique, entre décembre 2023 et mai 2024. La durée de ces entretiens était comprise entre 35 minutes et 2 heures et 11 minutes. Le **Tableau 1** présente chacun des enquêtés ainsi que quelques caractéristiques ou éléments de leur parcours.

Tableau 1. Liste des entretiens réalisés et principales caractéristiques des enquêtés

Durée entretien	Sexe	Prénom ⁵²	Droit au remords	Avancement	Famille	Domaines d'intérêt, de stage et/ou d'exercice ⁵³
1h 15min	Homme	Pierre	-	En début d'internat	Père médecin, mère non-médecin Nombreux médecins dans le réseau amical des parents	Informatique, santé environnement, politiques de santé
1h 46min	Femme	Adèle	-	En fin d'internat	Père pharmacien biologiste, mère comptable au sein du laboratoire d'analyses médicales Ami parental proche médecin généraliste	Epidémiologie*, recherche, information médicale
58min	Femme	Stéphanie	-	En début d'internat	Père entrepreneur, mère au foyer Pas de médecin dans l'entourage proche	Recherche, soutien méthodologique, administration de la santé
57min	Femme	Maude	-	En fin d'internat	Père avec profession intermédiaire, mère au foyer, grand-père médecin	Epidémiologie, économie de la santé, prévention, nouvelles technologies en santé*
1h 10min	Homme	Joseph	-	En début d'internat	Père urgentiste puis médecin du travail, mère professeure agrégée	Administration de la santé, prévention, veille et sécurité sanitaire
55min	Femme	Julie	Sortant	En milieu d'internat	Père ingénieur, mère secrétaire Pas de médecin dans l'entourage proche	Prévention, promotion de la santé, organisation des soins
1h 21min	Homme	Gauthier	Entrant	Médecin de santé publique depuis environ 5 ans	Père employé, mère assistante de direction Pas de médecin dans l'entourage proche	Epidémiologie*, recherche
1h 41min	Homme	Maxime	Entrant	En milieu d'internat	Père en profession libérale, mère éditrice Pas de médecin dans l'entourage proche	Administration et politiques de santé, sciences humaines et sociales
1h 25min	Homme	Benoît	-	En fin d'internat	Père ingénieur, mère conseillère d'éducation Pas de médecin dans l'entourage proche	Epidémiologie, information médicale*
1h 58min	Femme	Alexandra	Entrant	En fin d'internat	Père réanimateur, mère assistance de gestion	Prévention*, promotion de la santé, santé mondiale, activité clinique
1h 22min	Femme	Marion	-	En fin d'internat	Père médecin du travail, mère médecin généraliste	Recherche, prévention, promotion de la santé, santé sexuelle*
35min	Femme	Estelle	-	Médecin de santé publique depuis environ 10 ans	Pas de médecin dans l'entourage proche	Administration et politiques de santé, économie de la santé, innovation en santé*
2h 11min	Homme	Jim	-	En fin d'internat	Père ingénieur, mère au foyer Pas de médecin dans l'entourage proche	Epidémiologie, politiques de santé, prévention, promotion de la santé, addictologie*

⁵² Afin de maintenir l'anonymat, les noms des enquêtés ont été modifiés.

⁵³ Pour les internes en fin d'internat ou les médecins de santé publique, le domaine d'orientation principal est indiqué par un astérisque.

II.3.2. Les matériaux complémentaires

En complément des entretiens réalisés, d'autres matériaux ont été collectés au cours de l'étude. Un journal de suivi a été complété tout au long de l'enquête⁵⁴, afin de consigner des réflexions, des échanges informels, des comptes rendus d'entretiens, des informations liées à des recherches bibliographiques, des pistes d'analyses et d'autres éléments collectés sur la durée de l'enquête.

Pour les enquêtés à la toute fin de leur internat (n=4), leur mémoire de validation du DES a été collecté. Celui-ci comporte un résumé du cursus et de la formation suivie au cours de l'internat, incluant un focus sur les compétences acquises, une synthèse des travaux réalisés, un retour d'expérience et les perspectives d'exercice futur.

Enfin, des matériaux permettant une analyse plus personnelle ont été mobilisés. D'une part, j'ai été amené à rédiger mon auto-socio-analyse, en m'appuyant notamment sur le guide d'entretien, appliqué à mon parcours. Ce document a permis d'une part de prendre du recul sur mon propre vécu, en essayant de comprendre les différents facteurs étant en jeu dans mon histoire et dans ma socialisation, pouvant influencer l'analyse réalisée. Comme indiqué précédemment, il s'agissait ainsi d'une part de chausser des « lunettes » sociologiques afin de pouvoir aborder les éléments sous un angle pertinent, mais également de prendre conscience de mes propres « lunettes », avec lesquelles je percevais le monde [de Singly 2016]. D'autre part, cette auto-socio-analyse constitue également une expérience de l'internat de santé publique, en complément et en comparaison avec les expériences recueillies à travers les entretiens. Afin d'alimenter l'expérience documentée dans cette auto-socio-analyse, j'ai pu m'appuyer sur mon journal personnel, dans lequel j'écris plus ou moins régulièrement depuis 2010. Des encadrés exposant mon expérience, agrémentés d'extraits de mon journal personnel, ponctuent l'analyse présentée dans cette thèse. Ces encadrés ont une visée à la fois d'illustration et d'évocation d'autres aspects non abordés par les enquêtés.

L'ensemble de ces éléments a été mobilisé dans le cadre des analyses, en complément des entretiens, afin d'affiner, de consolider ou de confirmer certaines analyses.

II.3.3. Analyses qualitatives

La transcription et l'analyse des entretiens ont été réalisées au fur et à mesure. Une première transcription a été effectuée à l'aide d'un logiciel de retranscription⁵⁵, puis a été corrigée manuellement en écoutant les enregistrements des entretiens. Une analyse qualitative thématique a été réalisée à l'aide d'un logiciel d'étiquetage réflexif (logiciel MaxQDA) [Lejeune 2023]. Les entretiens ont été codés progressivement, en identifiant différentes étiquettes thématiques à partir du contenu. Les étiquettes ont été affinées au fur et à mesure du codage des différents entretiens, et à partir des échanges avec mes deux directeurs de thèses. Les étiquettes ont notamment été catégorisées par phase de socialisation : socialisation primaire, choix de la médecine, études médicales, choix de spécialité, internat de santé publique, perception du

⁵⁴ Les premières notes ont été consignées dans ce journal le 10 février 2021.

⁵⁵ Whisper via R

médecin de santé publique. L'arbre de codage rassemblant l'ensemble des étiquettes est présenté en Annexe 2.

Afin de réaliser l'analyse à partir de ce codage, différentes schématisations ont été utilisées :

- pour représenter le parcours et les différents éléments en interaction pour un même enquêté (**Figure 3**) ;
- pour identifier les regroupements et liens entre les propriétés étiquetées, au sein d'une étape (**Figure 4**) ou d'une thématique (**Figure 5**) particulière.

Ces analyses ont été réalisées notamment en s'appuyant sur la méthode décrite dans le *Manuel d'analyse qualitative* de Christophe Lejeune [Lejeune 2019]. Les différents axes d'analyses dégagés ont été confrontés aux données de la littérature concernant l'internat de santé publique mais également d'autres spécialités médicales. Les résultats des analyses quantitatives portant sur le parcours des internes de santé publique franciliens ont également été mobilisés pour enrichir et prolonger l'analyse qualitative.

Etant donné le caractère biographique des entretiens réalisés, sur des événements plus ou moins anciens, nous ne pouvons pas exclure un biais de mémorisation ni une reconstruction et une rationalisation a posteriori des parcours par les enquêtés. Cette « *illusion biographique* » est inhérente à tout travail portant sur des trajectoires de vie et nécessite une attention particulière lors de la réalisation des entretiens puis lors de leur analyse [Bourdieu 1986]. Nous nous sommes attachés à essayer de dépasser ces reconstructions en explorant systématiquement certains éléments lors des entretiens et en identifiant les faits suffisamment récurrents et signifiants dans ces parcours, au-delà du discours des enquêtés.

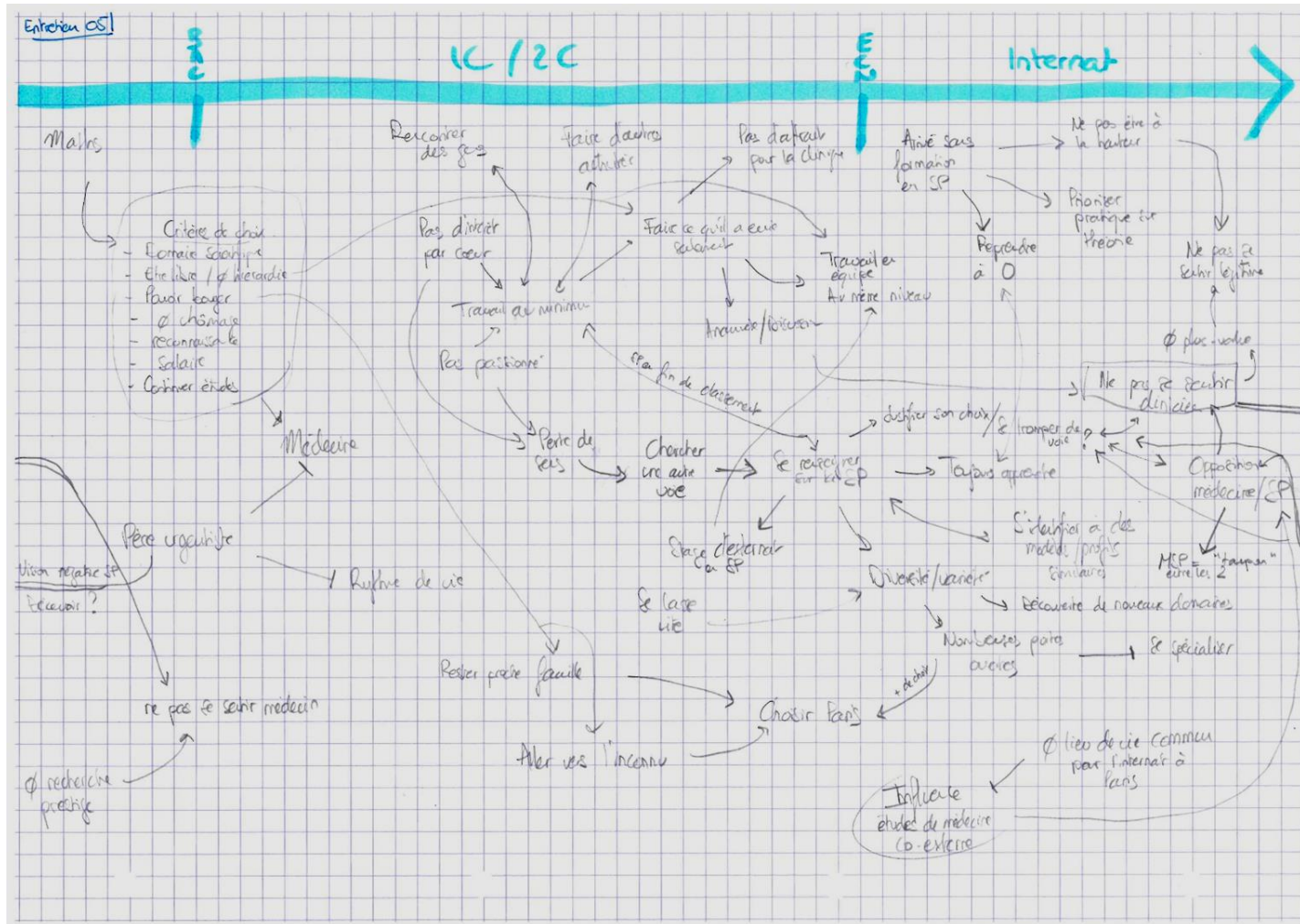


Figure 3. Schéma des différents éléments et liens constituant le parcours d'un enquêté

L'axe placé en haut représente les différentes phases du parcours (éducation primaire et secondaire, premier et deuxième cycles des études médicales, internat) ainsi que les moments de choix important (choix des études supérieures, et choix de spécialité à l'issue des ECN). Les différentes propriétés étiquetées ont été placées sur cet axe et liées entre elles selon les interactions identifiées.



Figure 4. Schéma des regroupements et liens entre les propriétés étiquetées se rapportant aux mécanismes à l'œuvre au cours de l'internat de santé publique

L'ensemble des étiquettes de la catégorie « internat » identifiées lors du codage a été placé sur un tableau, en les regroupant en fonction des thématiques et des interactions retrouvées.



Figure 5. Schéma des liens entre les propriétés étiquetées au sein d'une sous-thématique pendant l'internat

Après avoir identifié les liens entre propriétés deux à deux, des combinaisons et articulations de ces interactions ont été dégagées en fonction des situations rencontrées.

Volet I : Parcours de formation des internes de santé publique franciliens

Dans ce premier volet nous décrivons les caractéristiques des internes de santé publique franciliens et de leur parcours. A partir des données du SPI, 272 internes de santé publique ayant passé les ECN entre 2004 et 2018 et ayant ainsi des données pour l'ensemble de leur parcours ont été identifiés (Figure 6).

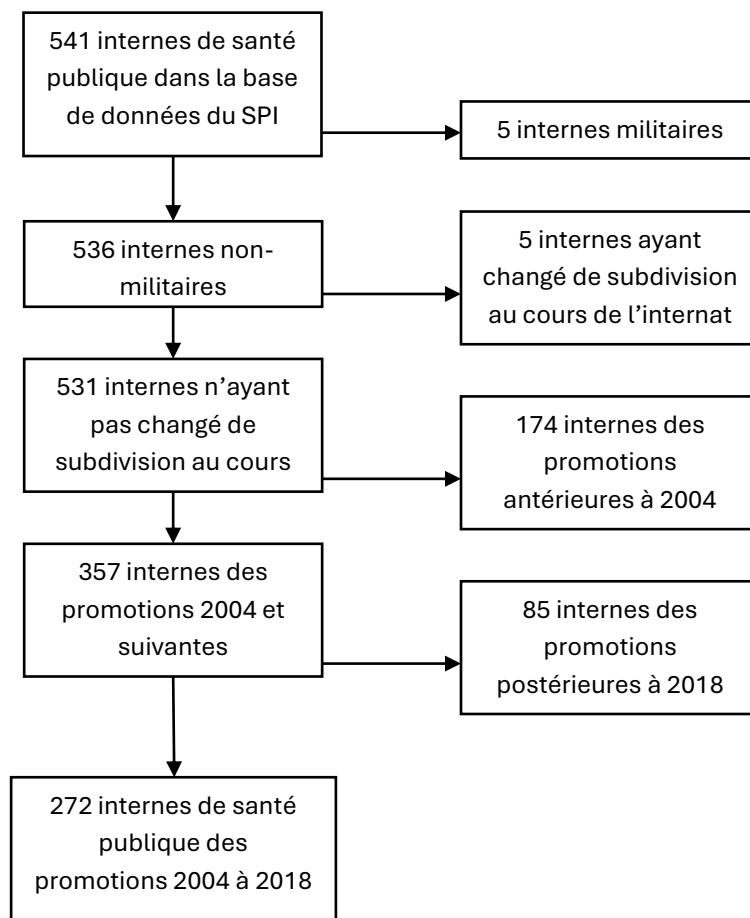


Figure 6. Diagramme de flux des internes de santé publique franciliens inclus dans l'étude quantitative des parcours de formation

I. Caractéristiques des internes

Parmi les 272 internes, un peu plus de la moitié des internes étaient des femmes (55 %, n=149) et avaient 25 ou 26 ans au 1^{er} janvier de l'année des ECN (53 %, n=130), correspondant à l'âge habituel selon le doublement ou non de la première année des études de médecine (**Tableau 2**).

Une majorité d'interne était classée aux ECN dans le troisième quintile, ainsi que dans les deuxième et quatrième quintiles (respectivement 42 %, 21 % et 20 % des internes).

Tableau 2. Caractéristiques et parcours des internes de santé publique franciliens des promotions 2004 à 2018 selon leur mode d'entrée dans la spécialité

	Internes ayant réalisé un droit au remords vers la santé publique, N = 43 n (%)	Internes ayant choisi la santé publique aux ECN, N = 229 n (%)	Ensemble des internes, N = 272 n (%)
Sexe			
Femme	29 (67 %)	120 (52 %)	149 (55 %)
Homme	14 (33 %)	109 (48 %)	123 (45 %)
Année de passage des ECN			
2004-2007	13 (30 %)	58 (25 %)	71 (26 %)
2008-2010	7 (16 %)	43 (19 %)	50 (18 %)
2011-2013	8 (19 %)	48 (21 %)	56 (21 %)
2014-2016	11 (26 %)	50 (22 %)	61 (22 %)
2017-2018	4 (9,3 %)	30 (13 %)	34 (13 %)
Position dans le classement aux ECN			
1er quintile	16 (37 %)	26 (11 %)	42 (15 %)
2e quintile	10 (23 %)	46 (20 %)	56 (21 %)
3e quintile	8 (19 %)	107 (47 %)	115 (42 %)
4e quintile	8 (19 %)	47 (21 %)	55 (20 %)
5e quintile	1 (2,3 %)	3 (1,3 %)	4 (1,5 %)
Âge l'année des ECN			
21-24	12 (30 %)	63 (31 %)	75 (31 %)
25-26	24 (60 %)	106 (52 %)	130 (53 %)
27-29	3 (7,5 %)	25 (12 %)	28 (11 %)
30-37	1 (2,5 %)	10 (4,9 %)	11 (4,5 %)
<i>Données manquantes</i>	3	25	28
Voie de sortie de l'internat			
A repassé les ECN	0 (0 %)	4 (1,7 %)	4 (1,5 %)
Abandon	4 (9,3 %)	1 (0,4 %)	5 (1,8 %)
Droit au remords sortant	1 (2,3 %)	36 (16 %)	37 (14 %)
Internat de santé publique terminé	38 (88 %)	188 (82 %)	226 (83 %)
Parmi les internes ayant réalisé un droit au remords entrant			
Spécialité avant la santé publique			
Médecine générale	17 (40 %)	-	
Psychiatrie	5 (12 %)	-	
Spécialités médicales transverses & Pédiatrie	7 (16 %)	-	
Médecine d'investigation	3 (7,0 %)	-	

	Internes ayant réalisé un droit au remords vers la santé publique, N = 43 n (%)	Internes ayant choisi la santé publique aux ECN, N = 229 n (%)	Ensemble des internes, N = 272 n (%)
Médecine de l'aigu	3 (7,0 %)	-	
Autres spécialités médicales	3 (7,0 %)	-	
Spécialités chirurgicales	5 (12 %)	-	
Nombre de stages validés à l'entrée en santé publique			
0	8 (19 %)	-	
1-2	26 (60 %)	-	
3-4	9 (21 %)	-	

A l'issue des ECN, 229 internes ont choisi la santé publique, tandis que 43 ont choisi une autre spécialité puis ont réalisé un droit au remords vers la santé publique, en ayant validé pour la majorité d'entre eux un ou deux semestres (60 %, n=26). Les spécialités les plus représentées parmi les internes ayant réalisé un droit au remords vers la santé publique sont la médecine générale (40 %, n=17), les spécialités médicales transverses et la pédiatrie (16 %, n=7), et la psychiatrie (12 %, n=5).

Parmi les 272 internes, 46 ont arrêté prématurément leur internat de santé publique (Tableau 3) : soit pour une autre spécialité via un droit au remords (n=37) ou en repassant les ECN (n=4), soit en raison d'un abandon définitif du troisième cycle des études de médecine (n=5). Ces arrêts ont lieu en quasi-totalité (96 %, n=44) lors de la première moitié de l'internat (quatre premiers semestres). Dans le cas d'un changement de spécialité, les spécialités les plus représentées sont la médecine générale (32 %, n=13), la psychiatrie (27 %, n=11) et les spécialités médicales transverses et la pédiatrie (15 %, n=6).

Tableau 3. Caractéristiques et parcours des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant arrêté l'internat de santé publique avant de l'avoir terminé

	A repassé les ECN, N = 4 n (%)	Abandon, N = 5 n (%)	Droit au remords sortant, N = 37 n (%)	Ensemble des internes, N = 46 n (%)
Sexe				
Femme	2 (50 %)	2 (40 %)	16 (43 %)	20 (43 %)
Homme	2 (50 %)	3 (60 %)	21 (57 %)	26 (57 %)
Année de passage des ECN				
2004-2007	1 (25 %)	0 (0 %)	9 (24 %)	10 (22 %)
2008-2010	1 (25 %)	0 (0 %)	8 (22 %)	9 (20 %)
2011-2013	0 (0 %)	1 (20 %)	9 (24 %)	10 (22 %)
2014-2016	1 (25 %)	3 (60 %)	3 (8.1 %)	7 (15 %)
2017-2018	1 (25 %)	1 (20 %)	8 (22 %)	10 (22 %)
Position dans le classement aux ECN				
1er quintile	0 (0 %)	0 (0 %)	10 (27 %)	10 (22 %)
2e quintile	0 (0 %)	1 (20 %)	12 (32 %)	13 (28 %)

	A repassé les ECN, N = 4 n (%)	Abandon, N = 5 n (%)	Droit au remords sortant, N = 37 n (%)	Ensemble des internes, N = 46 n (%)
3e quintile	3 (75 %)	0 (0 %)	9 (24 %)	12 (26 %)
4e quintile	1 (25 %)	3 (60 %)	6 (16 %)	10 (22 %)
5e quintile	0 (0 %)	1 (20 %)	0 (0 %)	1 (2,2 %)
Spécialité choisie après la santé publique				
Médecine générale	1 (25 %)	-	12 (32 %)	13 (32 %)
Psychiatrie	0 (0 %)	-	11 (30 %)	11 (27 %)
Spécialités médicales transverses & Pédiatrie	1 (25 %)	-	5 (14 %)	6 (15 %)
Médecine d'investigation	1 (25 %)	-	0 (0 %)	1 (2,4 %)
Médecine de l'aigu	0 (0 %)	-	2 (5,4 %)	2 (4,9 %)
Autres spécialités médicales	0 (0 %)	-	4 (11 %)	4 (9,8 %)
Spécialités chirurgicales	1 (25 %)	-	3 (8,1 %)	4 (9,8 %)
Nombre de stages validés en santé publique au moment de la sortie				
1-2	4 (100 %)	2 (40 %)	16 (43 %)	22 (48 %)
3-4	0 (0 %)	1 (20 %)	21 (57 %)	22 (48 %)
5-6	0 (0 %)	2 (40 %)	0 (0 %)	2 (4,3 %)

Que ce soit pour les internes ayant choisi la santé publique après les ECN ou ayant fait un droit au remords vers la santé publique, ainsi que pour les internes ayant arrêté prématurément l'internat de santé publique, aucune différence claire n'est observée entre les différentes promotions de 2004 jusqu'à 2018 (**Annexe 3, Annexe 4, Annexe 5**).

II. Parcours durant l'internat de santé publique

II.1. Terrains de stage

De nombreux terrains de stages sont accessibles aux internes de santé publique. Au 1^{er} août 2024, les données du SPI comptabilisaient 262 terrains de stages, dont 173 avaient un agrément actif (Tableau 4). Les 89 stages restants étaient des stages agréés précédemment et dont l'agrément était arrivé à expiration. Compte tenu de l'évolution des structures, certains de ces agréments expirés ont été remplacés par de nouveaux agréments actifs. C'est par exemple le cas des agréments de l'Institut national de veille sanitaire (InVS) et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui ont été remplacés par un agrément pour Santé publique France lors de sa création en 2016.

Tableau 4. Caractéristiques des terrains de stage agréés en santé publique en Île-de-France au 1^{er} août 2024, ou anciennement agréés

	Stages actuellement agréés, N = 173 n (%)	Stages anciennement agréés, N = 89 n (%)	Ensemble des stages, N = 262 n (%)
Département			
75	119 (69 %)	56 (63 %)	175 (67 %)
77	0 (0 %)	1 (1.1 %)	1 (0.4 %)
78	2 (1.2 %)	1 (1.1 %)	3 (1.1 %)
91	1 (0.6 %)	2 (2.2 %)	3 (1.1 %)
92	13 (7.5 %)	9 (10 %)	22 (8.4 %)
93	26 (15 %)	12 (13 %)	38 (15 %)
94	12 (6.9 %)	8 (9.0 %)	20 (7.6 %)
Type de structure			
Administration	51 (29 %)	23 (26 %)	74 (28 %)
Association	15 (8.7 %)	10 (11 %)	25 (9.5 %)
Cabinet de conseil	6 (3.5 %)	1 (1.1 %)	7 (2.7 %)
Etablissement de santé privé	7 (4.0 %)	1 (1.1 %)	8 (3.1 %)
Etablissement de santé public	47 (27 %)	28 (31 %)	75 (29 %)
Industrie pharmaceutique	7 (4.0 %)	7 (7.9 %)	14 (5.3 %)
Organisme de recherche et de formation	40 (23 %)	19 (21 %)	59 (23 %)
Pôle principal			
Administration de la santé	23 (13 %)	13 (15 %)	36 (14 %)
Clinique	13 (7.5 %)	1 (1.1 %)	14 (5.3 %)
Epidémiologie-recherche clinique	63 (36 %)	44 (49 %)	107 (41 %)
Information-informatique médicale	26 (15 %)	13 (15 %)	39 (15 %)
Prévention-promotion de la santé	24 (14 %)	9 (10 %)	33 (13 %)
Sciences humaines et sociales	8 (4.6 %)	2 (2.2 %)	10 (3.8 %)
Veille et sécurité sanitaire	16 (9.2 %)	7 (7.9 %)	23 (8.8 %)
Nombre d'affectations au sein du stage			
0	55 (32 %)	20 (22 %)	75 (29 %)
1-2	22 (13 %)	28 (31 %)	50 (19 %)
3-5	25 (14 %)	17 (19 %)	42 (16 %)
6-10	23 (13 %)	13 (15 %)	36 (14 %)
11-20	32 (18 %)	10 (11 %)	42 (16 %)
> 20	16 (9.2 %)	1 (1.1 %)	17 (6.5 %)

Deux tiers des terrains de stages étaient situés à Paris (67 %, n=175). Le tiers restant était situé en petite couronne, à l'exception de 7 stages situés en Seine-et-Marne, dans les Yvelines et en Essonne. Les terrains de stage étaient principalement des établissements de santé publics (29 %, n=75), des administrations (28 %, n=74) et des organismes de recherche et de formation (23 %,

n=59). Le pôle principal du stage (domaine principal d'activité) était le plus souvent l'épidémiologie-recherche clinique (41 %, n=107). Les autres pôles les plus fréquents étaient l'information-informatique médicale (15 %, n=39), l'administration de la santé (14 %, n=36), et la prévention-promotion de la santé (13 %, n=33).

Le nombre d'affectations (nombre de semestres où un interne était présent) par terrain de stage était très variable, allant de 0 à presque 100 pour certains stages. Ces statistiques portant sur les affectations des internes des promotions 2004 à 2018, le nombre de terrains de stage sans affectation était surestimé, certains stages pouvant avoir été choisis par des internes des promotions précédentes ou suivantes. En tenant compte des agréments ayant évolué, les stages les plus fréquemment choisis étaient Santé publique France (incluant l'InVS et l'INPES) (n=95), le ministère chargé de la santé et en particulier la direction générale de la santé (n=58), la direction générale de l'offre de soins (n=28) et la direction de la sécurité sociale (n=25), et le service de santé publique de la Pitié-Salpêtrière (n=42) (**Tableau 5**).

Tableau 5. Terrains de stage les plus choisis par les internes de santé publique franciliens des promotions 2004 à 2018

(Nombre d'affectations supérieur à 20)

Terrain de stages	Nombre d'affectations
Santé publique France	95
Ministère de la santé – Direction générale de la santé	58
Hôpital Pitié-Salpêtrière – Département de santé publique	42
AP-HP – Direction de la politique médicale	29
Hôpital Kremlin-Bicêtre – Service de santé publique	28
Institut Gustave Roussy – Service de biostatistiques et épidémiologie	28
Ministère de la santé – Direction générale de l'offre de soins	28
Ministère de la santé – Direction de la sécurité sociale	25
Hôpital européen Georges Pompidou – Service d'informatique médicale	24
Hôpital Saint-Antoine – Service de santé publique	23
Inserm – Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations – Equipe Psychiatrie du développement	23
Ministère de la santé – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	23
Laboratoire pharmaceutique Lilly	22
Conseil départemental de Seine-Saint-Denis – Service de la prévention et des actions sanitaires	21
Institut national du cancer – Direction de l'observation, des sciences des données, de l'évaluation	21
Institut Pasteur – Unité épidémiologie des maladies émergentes	21
Médecins du Monde – Direction santé et plaidoyer	21

II.2. Parcours des internes ayant terminé un internat de santé publique

Dans le cadre de l'étude des parcours des internes, nous nous sommes intéressés aux internes ayant terminé un internat de santé publique (n=226). En moyenne, pour ces internes, la durée de l'internat était de 8,9 semestres soit environ un semestre de plus que la durée minimale de l'internat de santé publique (Tableau 6). Cette durée était plus longue d'environ un semestre

(moyenne de 9,8 semestres) pour les internes des promotions 2017 et 2018. Cet allongement peut s'expliquer par un nombre plus important de semestres en disponibilité (14 % de l'ensemble des semestres réalisés, contre 8 % pour l'ensemble des internes) ainsi que par la réalisation de FST (formation spécialisée transverse) ou de l'option administration de la santé, apparue avec la réforme de 2017 et qui ajoutent une année à l'internat de santé publique.

Tableau 6. Nombre et type de semestres réalisés par les internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant terminé un internat de santé publique, selon leur promotion ECN

Moyennes et écart-types

	Promotion ECN des internes					Ensemble des internes, N = 226	p*
	2004-2007, N = 61	2008-2010, N = 41	2011-2013, N = 46	2014-2016, N = 54	2017-2018, N = 24		
Nombre de semestres réalisés	9,0 (1,3)	8,8 (1,0)	8,9 (1,4)	8,6 (0,9)	9,8 (1,3)	8,9 (1,2)	<0,001
Part des semestres en stage de santé publique en Île-de-France	76 % (17 %)	77 % (18 %)	80 % (21 %)	85 % (19 %)	78 % (14 %)	79 % (18 %)	0,028
Part des semestres réalisés avant un droit au remords entrant vers la santé publique	5 % (12 %)	3 % (8 %)	3 % (8 %)	3 % (10 %)	3 % (10 %)	4 % (10 %)	0,8
Part des semestres non-validants	1 % (4 %)	2 % (4 %)	1 % (4 %)	1 % (5 %)	1 % (4 %)	1 % (4 %)	0,8
Part des semestres en disponibilité	9 % (10 %)	6 % (9 %)	8 % (11 %)	4 % (8 %)	14 % (11 %)	8 % (10 %)	0,003
Part des semestres hors-filière	8 % (13 %)	10 % (16 %)	7 % (12 %)	5 % (13 %)	0 % (0 %)	6 % (13 %)	0,005
Part des semestres hors-subdivision	1 % (4 %)	2 % (6 %)	2 % (5 %)	2 % (4 %)	1 % (5 %)	2 % (5 %)	>0,9
Part des semestres en option ou FST	0 % (0 %)	0 % (0 %)	0 % (0 %)	0 % (0 %)	2 % (5 %)	0 % (2 %)	0,002

*Tests de Kruskal-Wallis

En moyenne, les semestres en stage de santé publique en Île-de-France représentaient 79 % des semestres réalisés, suivis par les semestres en disponibilité (8 %), les stages hors-filière, c'est-à-dire dans une autre spécialité que la santé publique (6 %) et les stages hors-subdivision, c'est-à-dire en santé publique mais dans une autre région que l'Île-de-France (2 %). Tandis que ces derniers semblaient assez stables, la fréquence des stages hors-filière a diminué progressivement et aucun interne des promotions 2017 et 2018 n'en a réalisé. La quasi-totalité des stages hors-subdivision était réalisée au cours de la seconde moitié de l'internat (**Figure 7**).

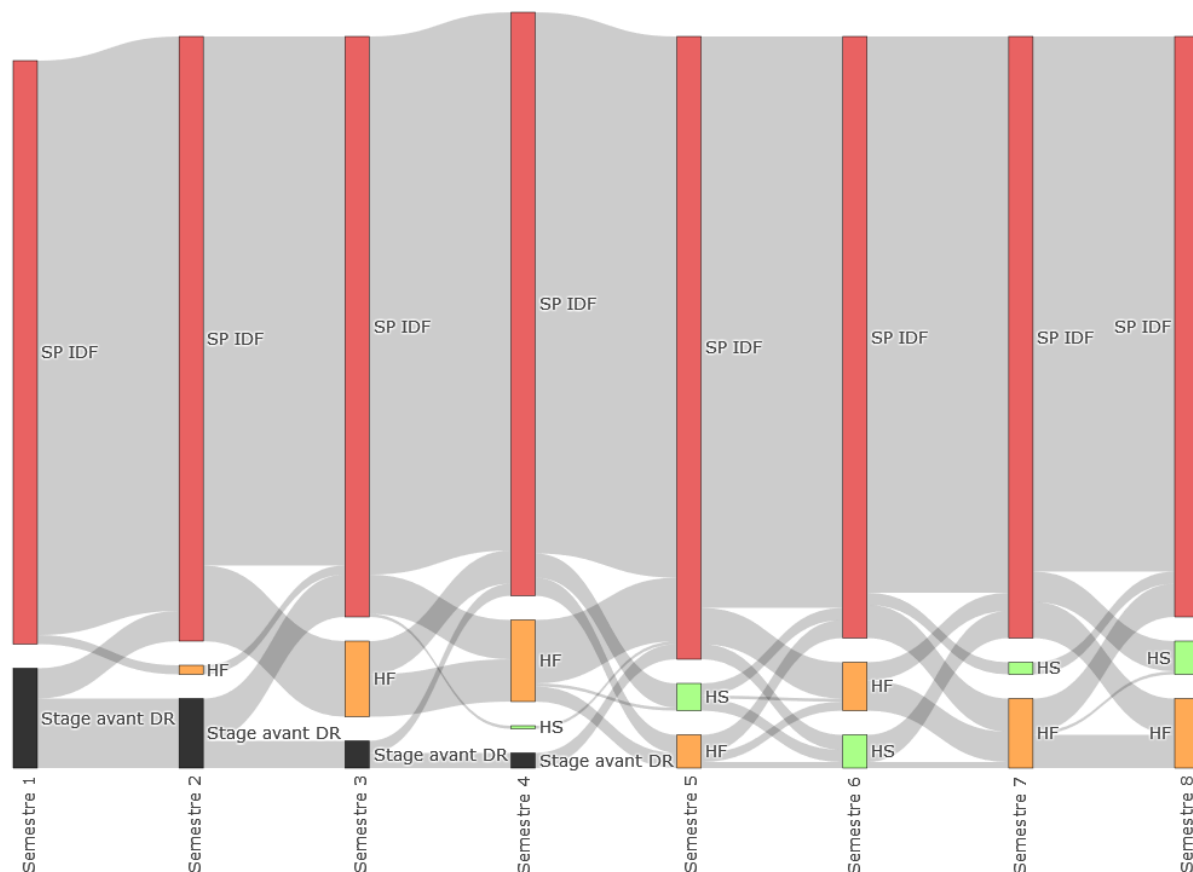


Figure 7. Parcours des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant terminé un internat de santé publique selon les types de semestres réalisés

SP IDF : stage de santé publique en Île-de-France ; Stage avant DR : stage avant un droit au remords en santé publique ; HF : stage hors-filière ; HS : stage hors-subdivision

Pour la suite des analyses, nous nous sommes intéressés aux internes ayant réalisé l'ensemble de leur internat en santé publique, c'est-à-dire les internes ayant terminé leur internat de santé publique et étant entrés en santé publique à l'issue des ECN (n=188) ou ayant fait un droit au remords vers la santé publique mais n'ayant validé aucun stage à leur entrée dans la spécialité (n=5), soit un total de 193 internes. Pour ces internes, lors des stages réalisés en santé publique en Île-de-France, les terrains de stage les plus fréquents au cours du parcours étaient les établissements de santé publics (32 % des stages réalisés au cours du parcours d'un interne en moyenne), les administrations (28 %) et les organismes de recherche et de formation (21 %) (**Tableau 7**). Les pôles principaux des stages les plus fréquemment rencontrés au cours du parcours étaient l'épidémiologie-recherche clinique (47 %), l'administration de la santé (16 %) et l'information-informatique médicale (13 %). Au cours du parcours, en moyenne, 32 % des stages étaient réalisés au sein d'un terrain visité deux semestres ou plus.

Tableau 7. Caractéristiques des parcours de stages des internes de santé publique franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant suivi un internat de santé publique complet*

Variables continues : moyennes et écarts-types, variables catégorielles : effectif et pourcentage

	Promotion ECN des internes					Ensemble des internes, N = 193	p**
	2004-2007, N = 49	2008-2010, N = 35	2011-2013, N = 40	2014-2016, N = 48	2017-2018, N = 21		
Part des stages réalisés par type de structure							
Administration	20 % (16 %)	26 % (21 %)	28 % (19 %)	35 % (20 %)	32 % (23 %)	28 % (20 %)	0.006
Association	10 % (12 %)	10 % (18 %)	10 % (13 %)	8 % (12 %)	5 % (9 %)	9 % (13 %)	0.3
Cabinet de conseil	2 % (5 %)	2 % (7 %)	0 % (0 %)	1 % (4 %)	5 % (10 %)	2 % (6 %)	0.031
Etablissement de santé privé	3 % (6 %)	4 % (10 %)	3 % (9 %)	4 % (8 %)	5 % (12 %)	4 % (9 %)	0.8
Etablissement de santé public	35 % (23 %)	29 % (18 %)	35 % (20 %)	31 % (21 %)	28 % (22 %)	32 % (21 %)	0.4
Industrie pharmaceutique	5 % (7 %)	8 % (13 %)	3 % (6 %)	6 % (12 %)	3 % (9 %)	5 % (10 %)	0.3
Organisme de recherche et de formation	26 % (24 %)	21 % (24 %)	21 % (17 %)	16 % (18 %)	22 % (18 %)	21 % (21 %)	0.2
Part des stages réalisés par pôle principal du stage							
Administration de la santé	11 % (17 %)	17 % (19 %)	14 % (16 %)	19 % (18 %)	18 % (18 %)	16 % (18 %)	0.092
Clinique	2 % (6 %)	3 % (8 %)	2 % (5 %)	2 % (6 %)	2 % (4 %)	2 % (6 %)	>0.9
Epidémiologie-recherche clinique	52 % (24 %)	47 % (27 %)	46 % (26 %)	46 % (23 %)	41 % (26 %)	47 % (25 %)	0.5
Information-informatique médicale	8 % (14 %)	9 % (14 %)	17 % (19 %)	17 % (18 %)	13 % (19 %)	13 % (17 %)	0.020
Prévention-promotion de la santé	10 % (15 %)	9 % (16 %)	6 % (9 %)	6 % (12 %)	11 % (13 %)	8 % (13 %)	0.2
Sciences humaines et sociales	6 % (14 %)	6 % (11 %)	9 % (14 %)	5 % (11 %)	4 % (8 %)	6 % (12 %)	0.4
Veille et sécurité sanitaire	11 % (13 %)	8 % (14 %)	7 % (10 %)	5 % (10 %)	10 % (12 %)	8 % (12 %)	0.13
Part des stages selon le nombre de semestres réalisés dans ces stages							
Stages réalisés pendant 1 semestre	67 % (24 %)	59 % (25 %)	70 % (24 %)	73 % (21 %)	71 % (23 %)	68 % (24 %)	0.054
Stages réalisés pendant 2 semestres	30 % (24 %)	36 % (25 %)	28 % (23 %)	23 % (19 %)	24 % (23 %)	28 % (23 %)	0.049
Stages réalisés pendant 3 semestres	2 % (10 %)	4 % (14 %)	2 % (9 %)	3 % (11 %)	6 % (14 %)	3 % (11 %)	0.7
Stages réalisés pendant 4 semestres	1 % (8 %)	0 % (0 %)	0 % (0 %)	1 % (7 %)	0 % (0 %)	1 % (5 %)	0.7

	Promotion ECN des internes					Ensemble des internes, N = 193	p**
	2004-2007, N = 49	2008-2010, N = 35	2011-2013, N = 40	2014-2016, N = 48	2017-2018, N = 21		
Part des stages réalisés avec au moins un co-interne de santé publique							
Au sein de la même structure	23 % (18 %)	35 % (24 %)	38 % (25 %)	42 % (19 %)	30 % (16 %)	34 % (22 %)	<0.001
Au sein du même stage	13 % (13 %)	20 % (21 %)	18 % (17 %)	19 % (14 %)	18 % (14 %)	18 % (16 %)	0.5
Diversité des parcours (pôles et types de structures explorés)							>0.9
1 à 2 pôles et 1 à 2 types de structure	3 (6.1 %)	3 (8.6 %)	2 (5.0 %)	3 (6.3 %)	2 (9.5 %)	13 (6.7 %)	
1 à 2 pôles et 3 à 6 types de structure	13 (27 %)	6 (17 %)	7 (18 %)	10 (21 %)	3 (14 %)	39 (20 %)	
3 à 5 pôles et 1 à 2 types de structure	4 (8.2 %)	4 (11 %)	3 (7.5 %)	7 (15 %)	2 (9.5 %)	20 (10 %)	
3 à 5 pôles et 3 à 6 types de structure	29 (59 %)	22 (63 %)	28 (70 %)	28 (58 %)	14 (67 %)	121 (63 %)	
Orientation principale du parcours							0.8
Administration de la santé	4 (8.2 %)	6 (17 %)	6 (15 %)	8 (17 %)	4 (19 %)	28 (15 %)	
Epidémiologie-recherche clinique	30 (61 %)	17 (49 %)	20 (50 %)	29 (60 %)	10 (48 %)	106 (55 %)	
Information-informatique médicale	4 (8.2 %)	1 (2.9 %)	6 (15 %)	5 (10 %)	2 (9.5 %)	18 (9.3 %)	
Prévention-promotion de la santé	5 (10 %)	3 (8.6 %)	2 (5.0 %)	3 (6.3 %)	3 (14 %)	16 (8.3 %)	
Sciences humaines et sociales	3 (6.1 %)	2 (5.7 %)	3 (7.5 %)	2 (4.2 %)	0 (0 %)	10 (5.2 %)	
Veille et sécurité sanitaire	1 (2.0 %)	2 (5.7 %)	1 (2.5 %)	1 (2.1 %)	1 (4.8 %)	6 (3.1 %)	
Multipôle	2 (4.1 %)	4 (11 %)	2 (5.0 %)	0 (0 %)	1 (4.8 %)	9 (4.7 %)	

*Internes ayant terminé l'internat de santé publique et ayant choisi cette spécialité à l'issue des ECN ou après un droit au remords, sans semestre validé à l'entrée en santé publique.

**Variables continues : tests de Kruskal-Wallis, variables catégorielles : tests exacts de Fisher

Concernant la réalisation de stages en même temps que d'autres internes de santé publique, en moyenne, au cours de leur parcours, les internes réalisaient 34 % de leur stage dans la même structure qu'un autre interne de santé publique (au cours du même semestre), dont environ la moitié (18 % de l'ensemble des stages) dans le même stage.

Concernant la diversité et l'orientation du parcours, la majorité (63 %, n=121) des internes exploraient au moins trois types de structure et trois types de pôle principal différents au cours de leur internat. Parmi eux, 36 ont exploré au moins quatre types de structure et de pôle principal différents (**Annexe 6**). Enfin, le pôle d'orientation principal de l'internat était l'épidémiologie-

recherche clinique pour plus de la moitié des internes (55 %, n=106), suivi par l'administration de la santé (15 %, n=28).

Certaines variations étaient observées selon les promotions des internes. Ainsi les internes des promotions les plus récentes semblaient passer une plus grande partie de leur parcours dans des administrations, et dans une moindre mesure dans des cabinets de conseil. Concernant le pôle principal des stages, l'information-informatique médicale était plus fréquemment explorée au cours du parcours par les internes des promotions 2011 à 2016. Il est difficile de savoir si ces différences sont liées à des tendances pérennes ou à un simple « effet de promotion »⁵⁶.

Enfin, en observant les parcours selon l'orientation principale de l'internat, on pouvait faire différents constats (**Tableau 8**) :

- Les internes ayant un parcours orienté vers l'administration de la santé, la prévention-promotion de la santé, les sciences humaines et sociales, la veille et sécurité sanitaire, et les parcours multipôles étaient plus fréquemment caractérisés par l'exploration d'au moins trois pôles, en comparaison aux parcours en épidémiologie-recherche clinique et en information-informatique médicale.
- Les stages en établissement de santé public étaient plus fréquents dans les parcours orientés vers l'information-informatique médicale, les sciences humaines et sociales et les parcours multipôles.
- Les stages en administration étaient plus fréquents dans les parcours administration de la santé et veille et sécurité sanitaire.
- Les stages en association étaient plus fréquents dans les parcours prévention-promotion de la santé.
- Les stages en établissement de santé privé étaient plus fréquents dans les parcours information-informatique médicale.
- Les stages en organisme de recherche étaient plus fréquents dans les parcours sciences humaines et sociales, épidémiologie-recherche clinique et information-informatique médicale.
- Les stages en industrie pharmaceutique étaient plus fréquents dans les parcours administration de la santé, et épidémiologie-recherche clinique.
- Les stages en cabinet de conseil étaient plus fréquents dans les parcours multipôles et administration de la santé.
- Enfin, les internes ayant un parcours veille et sécurité sanitaire, multipôles, et administration de la santé, étaient plus fréquemment dans des stages avec d'autres internes de santé publique.

⁵⁶ Certains internes et médecins de santé publique observent des intérêts variables et évolutifs des internes pour un domaine donné en fonction des promotions, qu'ils qualifient d'« effet de promotion ».

Tableau 8. Caractéristiques des parcours de stages des internes de santé publique franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant suivi un internat de santé publique complet* selon l'orientation principale du parcours

Variables continues : moyennes et écarts-types, variables catégorielles : effectif et pourcentage

	Orientation principale du parcours des internes							Ensemble des internes, N = 193	p**
	ADLS, N = 28	ERC, N = 106	IIM, N = 18	PPS, N = 16	SHS, N = 10	VSS, N = 6	Multi, N = 9		
Sexe									0,2
Femme	14 (50 %)	56 (53 %)	8 (44 %)	13 (81 %)	4 (40 %)	5 (83 %)	6 (67 %)	106 (55 %)	
Homme	14 (50 %)	50 (47 %)	10 (56 %)	3 (19 %)	6 (60 %)	1 (17 %)	3 (33 %)	87 (45 %)	
Diversité des parcours (pôles et types de structures explorés)									<0,001
1 à 2 pôles et 1 à 2 types de structure	0 (0 %)	9 (8,5 %)	3 (17 %)	1 (6,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	13 (6,7 %)	
1 à 2 pôles et 3 à 6 types de structure	1 (3,6 %)	35 (33 %)	3 (17 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	39 (20 %)	
3 à 5 pôles et 1 à 2 types de structure	5 (18 %)	4 (3,8 %)	1 (5,6 %)	3 (19 %)	3 (30 %)	2 (33 %)	2 (22 %)	20 (10 %)	
3 à 5 pôles et 3 à 6 types de structure	22 (79 %)	58 (55 %)	11 (61 %)	12 (75 %)	7 (70 %)	4 (67 %)	7 (78 %)	121 (63 %)	
Part des stages réalisés par type de structure									
Administration	43 % (19 %)	23 % (18 %)	23 % (19 %)	34 % (24 %)	14 % (9 %)	57 % (10 %)	24 % (17 %)	28 % (20 %)	<0,001
Association	6 % (10 %)	9 % (12 %)	2 % (5 %)	24 % (21 %)	4 % (9 %)	7 % (8 %)	4 % (7 %)	9 % (13 %)	<0,001
Cabinet de conseil	5 % (9 %)	1 % (3 %)	0 % (0 %)	3 % (8 %)	0 % (0 %)	0 % (0 %)	8 % (13 %)	2 % (6 %)	<0,001
Etablissement de santé privé	1 % (4 %)	4 % (9 %)	11 % (14 %)	2 % (6 %)	1 % (4 %)	0 % (0 %)	6 % (9 %)	4 % (9 %)	0,005
Etablissement de santé public	24 % (19 %)	32 % (19 %)	40 % (22 %)	22 % (20 %)	45 % (24 %)	31 % (10 %)	48 % (27 %)	32 % (21 %)	0,009
Industrie pharmaceutique	7 % (9 %)	6 % (12 %)	1 % (3 %)	2 % (5 %)	0 % (0 %)	0 % (0 %)	3 % (6 %)	5 % (10 %)	0,009
Organisme de recherche et de formation	13 % (12 %)	25 % (22 %)	24 % (19 %)	13 % (14 %)	37 % (29 %)	4 % (6 %)	7 % (11 %)	21 % (21 %)	<0,001
Part des stages réalisés avec au moins un co-interne de santé publique									
Au sein de la même structure	42 % (17 %)	30 % (21 %)	29 % (21 %)	32 % (20 %)	28 % (22 %)	67 % (23 %)	49 % (20 %)	34 % (22 %)	<0,001
Au sein du même stage	21 % (16 %)	15 % (13 %)	15 % (15 %)	19 % (14 %)	10 % (7 %)	56 % (24 %)	26 % (16 %)	18 % (16 %)	<0,001

*Internes ayant terminé l'internat de santé publique et ayant choisi cette spécialité à l'issue des ECN ou après un droit au remords, sans semestre validé à l'entrée en santé publique.

**Variables continues : tests de Kruskal-Wallis, variables catégorielles : tests exacts de Fisher

ADLS : administration de la santé ; ERC : épidémiologie-recherche clinique ; IIM : information-informatique médicale ; PPS : prévention-promotion de la santé ; SHS : sciences humaines et sociales ; VSS : veille et sécurité sanitaire ; Multi : multi-pôles.

Au cours des 193 parcours décrits, certains enchaînements de stages étaient plus fréquents : entre établissements de santé public (notamment en première moitié d'internat), entre administrations (plutôt en seconde moitié d'internat) et entre organismes de recherche et de formation (**Tableau 9**). Concernant les pôles, les enchaînements les plus fréquents étaient entre stages en épidémiologie-recherche clinique (plutôt en première moitié d'internat) et entre stages en administration de la santé (plutôt en seconde moitié d'internat) (

Tableau 10).

Tableau 9. Enchaînement des stages les plus fréquents (10 premiers) selon le type de structure, parmi les internes de santé publique franciliens des promotions 2004 à 2018

Enchaînements	Fréquence	Semestre moyen*
ES public → ES public	156	3,18
Administration → administration	126	5,12
ES public → administration	101	3,34
Recherche → recherche	87	4,01
Administration → ES public	63	3,25
Recherche → ES public	57	3,63
ES public → recherche	56	3,29
Administration → recherche	54	3,31
Hors-filière/hors-subdivision → hors-filière/hors-subdivision	53	5,06
Recherche → administration	48	3,56

*Le semestre moyen correspond au moment dans l'internat (en nombre de semestres) où l'enchaînement entre les deux types de stages est réalisé, en moyenne.

ES : établissement de santé

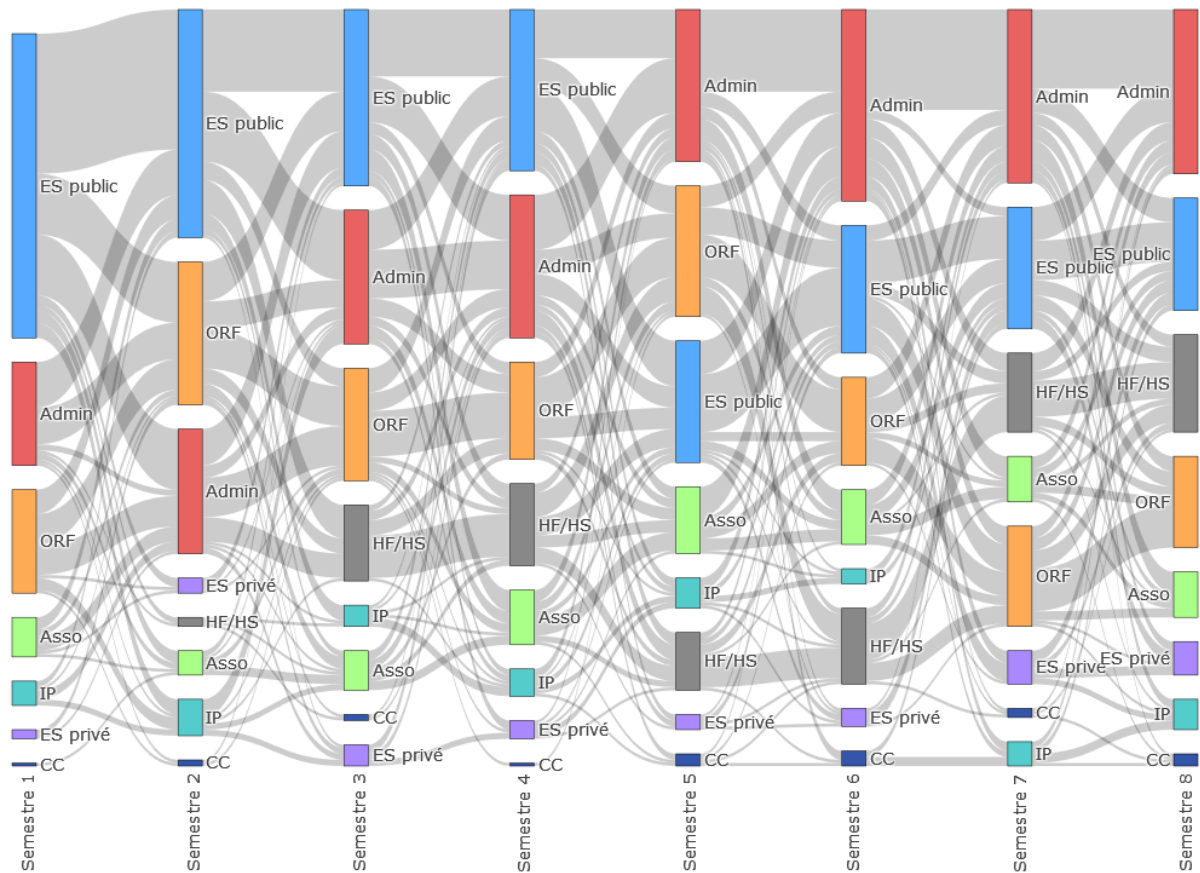
Tableau 10. Enchaînement des stages les plus fréquents (10 premiers) selon le pôle principal, parmi les internes de santé publique franciliens des promotions 2004 à 2018

Enchaînements	Fréquence	Semestre moyen*
Epidémiologie-recherche clinique → épidémiologie-recherche clinique	290	3,71
Administration de la santé → administration de la santé	74	4,59
Epidémiologie-recherche clinique → administration de la santé	67	3,87
Epidémiologie-recherche clinique → information-informatique médicale	63	3,54
Information-informatique médicale → épidémiologie-recherche clinique	62	3,65
Information-informatique médicale → information-informatique médicale	55	4,09
Hors-filière/hors-subdivision → hors-filière/hors-subdivision	53	5,06
Administration de la santé → épidémiologie-recherche clinique	52	4,44
Epidémiologie-recherche clinique → hors-filière/hors-subdivision	51	4,29
Hors-filière/hors-subdivision → épidémiologie-recherche clinique	39	4,59

*Le semestre moyen correspond au moment dans l'internat (en nombre de semestres) où l'enchaînement entre les deux types de stages est réalisé, en moyenne.

Malgré cette apparente homogénéité, l'étude détaillée des parcours montrait une importante circulation entre les différents types de stage, en termes de structures (**Figure 8**) et de pôles (**Figure 9**). Ainsi, à chaque changement de semestre, une majorité d'internes faisait le choix d'aller en stage dans une structure différente (**Annexe 7**) ou dans un pôle différent (**Annexe 8**).

Le nombre important de structures et pôles différents explorés était cohérent avec les résultats du **Tableau 8** qui montrait qu'environ deux tiers des internes exploraient au moins 3 pôles et 3 structures différentes au cours de leur internat.



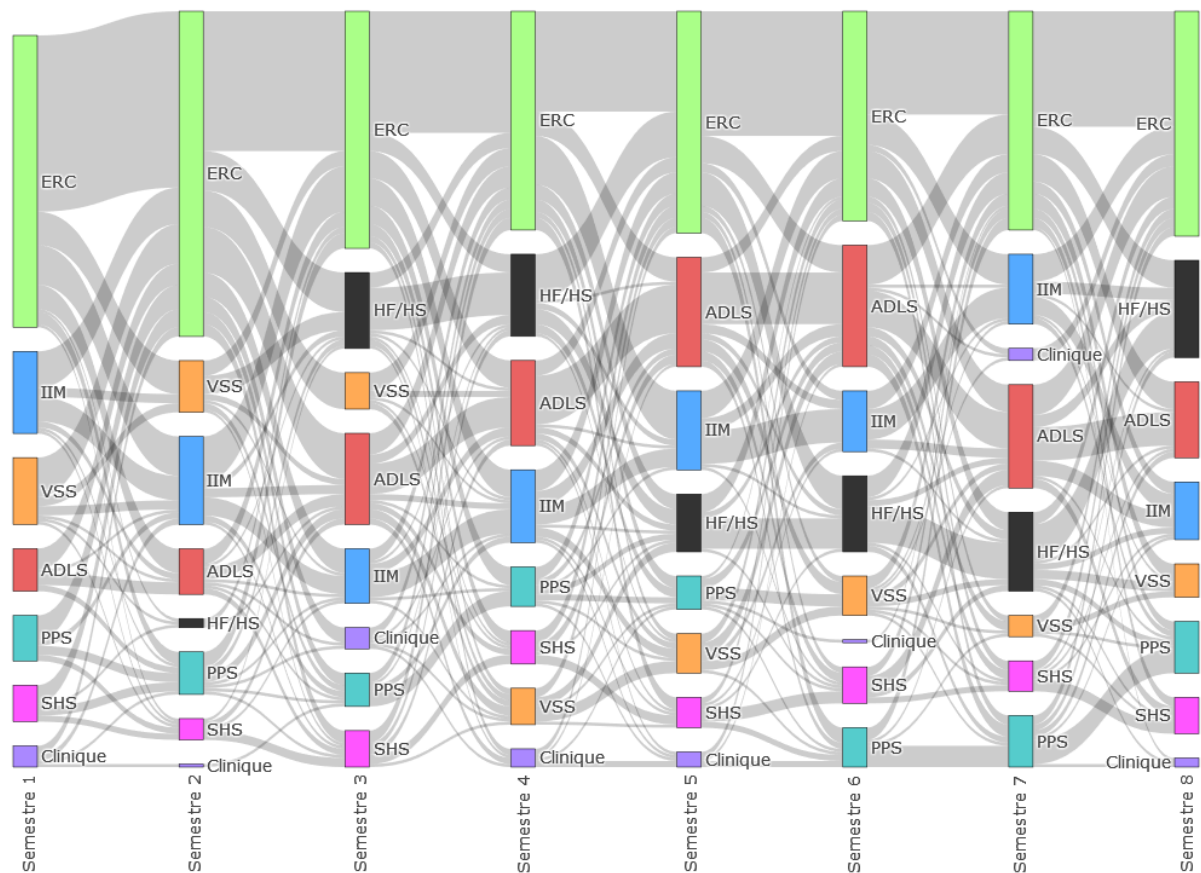


Figure 9. Parcours des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant réalisé un internat de santé publique complet*, selon le pôle principal des stages réalisés

*Internes ayant terminé l'internat de santé publique et ayant choisi cette spécialité à l'issue des ECN ou après un droit au remords, sans semestre validé à l'entrée en santé publique.

ADLS : administration de la santé ; ERC : épidémiologie-recherche clinique ; IIM : information-informatique médicale ; PPS : prévention-promotion de la santé ; SHS : sciences humaines et sociales ; VSS : veille et sécurité sanitaire ; HF/HS : stage hors-filière ou hors subdivision

III. Discussion

III.1. Synthèse des résultats

Cette analyse a permis de décrire les caractéristiques et parcours de 272 internes des promotions ECN 2004 à 2018 et passés par l'internat de santé publique en Île-de-France. Parmi eux, la majorité était des femmes (55 %) et avait 25 ou 26 ans l'année des ECN (53 %). Par ailleurs, 43 (16 %) d'entre eux sont arrivés dans l'internat de santé publique après un droit au remords, principalement depuis la médecine générale (40 %). Enfin, sur l'ensemble des internes, 46 (20 %) ont arrêté prématurément leur internat de santé publique dont une partie a changé de spécialité, principalement vers la médecine générale (32 %) ou la psychiatrie (27 %).

Au 1^{er} août 2024, 173 terrains de stage étaient agréés en santé publique en Île-de-France, quasi-exclusivement à Paris ou en petite couronne. Ces terrains de stage étaient principalement des établissements de santé publics (31 %), des administrations (26 %) et des organismes de

recherche et de formation (21 %). Près de la moitié (49 %) des stages avait pour pôle principal l'épidémiologie-recherche clinique. Sur l'ensemble des stages, 17 d'entre eux avaient accueilli plus de 20 fois les internes des promotions 2004 à 2018.

Parmi les internes ayant terminé un internat de santé publique (n=226), la durée moyenne de l'internat était de 8,9 semestres. Les semestres de disponibilité représentaient 8 % des semestres réalisés, les stages hors-filières 6 % et les stages hors-subdivisions 2 %.

Enfin, parmi les 193 internes ayant réalisé un internat complet en santé publique, les terrains de stage les plus fréquents étaient les établissements de santé publics (32 %), les administrations (28 %) et les organismes de recherche et de formation (21 %). Les pôles d'activité principaux les plus fréquemment rencontrés dans ces stages étaient l'épidémiologie-recherche clinique (47 %), l'administration de la santé (16 %) et l'information-informatique médicale (13 %). Les internes réalisaient en moyenne près d'un tiers (34 %) de leurs stages dans une structure accueillant un autre interne de santé publique en même temps. Plus de la moitié des internes (55 %) orientaient leur internat vers l'épidémiologie-recherche clinique. Certaines différences dans les parcours étaient observables en fonction de l'orientation principale donnée à l'internat, notamment concernant le type et la diversité des structures explorées via les stages. Dans l'ensemble, on observait au sein des parcours des internes une importante circulation d'un semestre à l'autre entre les différents types de stages, en termes de types structures et de pôles.

III.2. Forces et limites

Cette étude est la première à décrire de façon détaillée les parcours d'internes de santé publique. Comme quelques études précédentes [Perrillat et Goldberg 1999 ; Alves de Rezende 2010], elle montre les différents types de stage réalisés par les internes, mais elle permet également de mieux connaître les enchaînements de stages pour un même interne et ainsi de comprendre la diversité des parcours. Cette étude décrit également les caractéristiques des internes à leur entrée dans l'internat et à la sortie, incluant les internes ayant réalisé un droit au remords au cours de leur parcours.

Au-delà de la richesse des données disponibles, la force de cette étude réside également dans la grande taille de l'échantillon : plus de 250 internes, sur 15 promotions (correspondant à des données sur une vingtaine d'années). Cet effectif important permet d'identifier et d'analyser différents types de parcours, ainsi que les évolutions au cours du temps. Tandis qu'une étude a porté sur 83 internes franciliens répartis sur moins de 10 promotions et avec des données peu détaillées [Perrillat et Goldberg 1999], une autre enquête a porté sur de nombreux participants, issus de promotions variées, mais était centrée principalement sur le devenir des internes et disposait de peu de données concernant l'internat [Guerra et Dugué 2018].

Enfin, en attribuant un pôle principal à chaque stage, ces analyses permettent de catégoriser les parcours et de faire émerger différents profils. Ces profils permettent ainsi de mieux caractériser les parcours des internes, de façon systématique et objective. Les précédentes études réalisées sur ce sujet étaient en effet basées sur une auto-évaluation subjective de l'orientation de son internat, qui dépend donc des perceptions de chaque répondant [Alves de Rezende 2010 ; Guerra et Dugué 2018].

Cette étude présente néanmoins certaines limites. Tout d'abord, les effectifs restent limités pour certains sous-groupes. C'est notamment le cas pour les promotions à partir de 2017⁵⁷, ainsi que pour certaines orientations de parcours (par exemple pour les parcours orientés vers les sciences humaines et sociales, vers la veille et sécurité sanitaire, ou encore les parcours multi-pôles, dont les effectifs sont inférieurs ou égaux à 10).

Au-delà des effectifs, les données disponibles sont sujettes à certaines limites : il s'agit de données collectées dans le cadre des activités associatives du SPI, qui ont pu être récupérées et conservées de façon variable⁵⁸. Pour limiter ces pertes, un important travail de vérification et de complétion de la base de données a été réalisé, à partir des documents publics (arrêtés de classement aux ECN et d'affectation par exemple) ainsi qu'à partir des archives du SPI (documents et emails). Ces vérifications ont porté à la fois sur les caractéristiques des internes ainsi que sur les affectations de stage à chaque semestre. Malgré ces efforts quelques données peuvent manquer (notamment concernant l'âge lors du passage des ECN) ou être incertaines.

Les traitements de données et analyses réalisés comportent également certaines limites, en particulier concernant la caractérisation des stages. La réduction des domaines à un pôle principal pour chaque stage ne reflète pas la diversité existante au sein des stages et peut être discutée, d'autant plus pour certains stages dont les domaines explorés varient selon les équipes et les projets de l'interne (par exemple, Santé publique France). L'attribution automatique d'un pôle principal selon un algorithme ne permet pas d'éventuelles corrections de classement, même si l'adéquation de cette catégorisation a été vérifiée sur un échantillon de données. L'attribution d'une orientation principale pour chaque parcours d'internes présente des limites similaires. Elle permet néanmoins d'affiner certaines analyses. De la même façon, l'estimation des stages réalisés simultanément par plusieurs internes de santé publique reste une approximation, mais permet d'apprécier des tendances.

Enfin, cette étude porte exclusivement sur des internes ayant réalisé leur internat en Île-de-France. Bien que ces internes soient issus de la subdivision avec le plus d'internes de santé publique (environ 15 par promotion), représentant environ un quart de l'ensemble des internes de santé publique en France [Guerra et Dugué 2018], certaines caractéristiques rendent cette étude difficilement généralisable à l'ensemble des subdivisions. En particulier, la diversité des stages accessibles et des parcours des internes semble être particulièrement spécifique à l'Île-de-France [Alves de Rezende 2010].

⁵⁷ Les résultats ne portent que sur les promotions 2017 et 2018, ne permettant pas d'évaluer un potentiel effet de la réforme de 2017.

⁵⁸ Certaines données ont par exemple pu être effacées par accident ou perdues lors des changements successifs du bureau de l'association.

III.3. Mise en perspective avec la littérature

III.3.1. Des internes un peu plus âgés au moment du choix de la spécialité

Concernant les caractéristiques des internes, aucune autre étude spécifique aux internes de santé publique ne permet de comparaison sur l'âge, ainsi que le mode d'entrée et de sortie dans l'internat. Il existe cependant des données portant sur l'ensemble des spécialités, dont la santé publique. La part des femmes parmi les étudiants choisissant la santé publique sur l'ensemble de la France semble proche de nos résultats (de 47 % à 62 % entre 2004 et 2013, de 49 % à 63 % entre 2004 et 2013 dans notre étude), et est généralement inférieure à la part des femmes dans l'ensemble des disciplines (de 58 à 64 % entre 2004 et 2013) [Fauvet 2009 ; CNG 2014]. Une baisse est cependant observable en santé publique au cours de la dernière décennie (42 % en 2014, 33 % en 2016), que l'on retrouve également dans nos résultats (38 % de femmes pour les promotions 2014 à 2016) et dans l'ensemble des disciplines (59 % en 2014, 55 % en 2016). Enfin, une étude portant sur les internes de santé publique d'Île-de-France ayant validé leur internat entre 1990 et 1998 retrouvait 51 % de femmes [Perrillat et Goldberg 1999].

Concernant l'âge des internes de santé publique, des résultats similaires aux données existantes ont été obtenus (internes âgés de 23 à 32 ans en 2014, avec une médiane et une moyenne de 26 ans)⁵⁹ [CNG 2014]. En comparaison aux autres spécialités, les étudiants en médecine choisissant la santé publique sont ainsi parmi les internes les plus âgés (moyenne et médiane de respectivement 25,1 et 25 pour l'ensemble des spécialités en 2014). La santé publique est l'une des spécialités avec le moins d'étudiants « précoces » (c'est-à-dire ayant une ou plusieurs années d'avance sur le parcours habituel au moment des ECN) [Coulmont 2017]. Ainsi, aux ECN 2004, 30 % des étudiants avaient moins de 24 ans au 1^{er} janvier 2004 contre 4 % des internes sur l'ensemble de notre échantillon [Billaut 2005].

Le classement des internes de santé publique décrit dans notre étude semble différent des résultats observés au national. Alors que seuls 1,3 % des internes de notre échantillon choisissant santé publique à l'issue de l'internat étaient classés dans le dernier quintile (derniers 20 %) du classement, la moitié des internes choisissant santé publique entre 2015 et 2022 était dans les derniers 18 % [CLISP 2023]. Dans notre étude, la proportion d'internes de santé publique classés dans le dernier quintile était cependant plus élevée pour les promotions les plus récentes (6,7 % en 2017-2018). La différence de classements parmi les internes de santé publique ayant choisi l'Île-de-France ou une autre subdivision reste cependant visible pour l'ensemble des promotions depuis 2004 (par exemple, plus de 50 % de l'ensemble des internes de santé publique classés dans les derniers 20 % en 2004) [Billaut 2005]. L'Île-de-France est ainsi l'une des subdivisions les plus attractives en santé publique.

⁵⁹ Il n'est pas précisé s'il s'agit de l'âge au 1^{er} janvier de l'année des ECN (comme dans notre étude), au moment des ECN, ou au 31 décembre de l'année des ECN (comme dans certaines études de la DREES). Il est probable que ce calcul soit fait selon l'une des deux dernières possibilités, expliquant le décalage d'un an entre la médiane observée en santé publique dans notre étude (25 ans) et celle donnée dans ce rapport (26 ans).

Il est intéressant de noter que les étudiants les moins bien classés sont plus âgés (27 ans en moyenne en 2016, contre 25 ans pour l'ensemble des étudiants [Anguis 2017]), et qu'il y a davantage d'étudiants moins bien classés et plus âgés en santé publique. Il n'y a cependant pas d'éléments clairs permettant d'établir des relations de causalité entre ces différents constats.

Parmi les éléments pouvant expliquer que les internes de santé publique sont globalement plus âgés, on peut supposer que ces derniers sont plus nombreux à avoir suivi une autre formation voire à avoir eu de premières expériences professionnelles avant leur entrée en médecine, ou au cours des deux premiers cycles des études médicales. Une étude réalisée auprès des internes entrés en santé publique en 2021 montrait ainsi que 24 % des répondants avaient suivi d'autres études ou exercé une autre profession [Hurel et al. 2022]. Ce décalage d'âge pourrait également s'expliquer par la réalisation plus fréquente de césure au cours des études de médecine, en raison d'un vécu difficile et/ou de questionnements importants sur leur parcours. Nous pourrions revenir sur ces hypothèses dans le cadre de l'étude qualitative.

III.3.2. D'importants flux entrant et sortant au cours de l'internat de santé publique

Les données concernant les modes d'entrée et de sortie dans l'internat de santé publique sont rarement disponibles. Des travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) sur les flux d'internes de médecine (changement de spécialité, arrêt, etc.) ont porté sur les promotions 2010 à 2018 et présentent des données pour la santé publique [Golfouse et Pheng 2015 ; Bocognano et Charrier 2021].

Concernant les droits au remords, les bilans sont variables selon les années. Alors que dans la promotion 2012, la santé publique comptabilise 11 départs et 9 arrivées, davantage d'internes réalisent un droit au remords entrant vers la santé publique que sortant vers une autre spécialité dans les promotions suivantes. Sur la France, 13 entrants de plus que de sortants ont été comptabilisés parmi les promotions 2013 à 2016⁶⁰ (soit une augmentation de 6,1 % du nombre d'internes), et 8 pour les promotions 2017 et 2018 (soit une augmentation de 5,4 %) du nombre d'internes. Pour ces deux dernières années, 27 entrées et 19 sorties par droit au remords ont été dénombrées. Ces résultats sont cohérents avec nos observations en Île-de-France, qui montrent cependant une augmentation un peu plus faible : 43 entrées et 37 sorties, soit un gain net de 6, représentant une augmentation de 2,6 % du nombre d'internes de santé publique. La santé publique est l'une des spécialités présentant l'augmentation la plus importante (2^e spécialité entre 2013 et 2016, 7^e entre 2017 et 2018). Ce nombre important de droits au remords vers la santé publique pourrait être expliqué par des internes s'y orientant après une expérience négative dans une spécialité clinique, qui ne correspondait finalement pas à leurs attentes. Nous reviendrons sur cet aspect dans le cadre de l'analyse qualitative.

Concernant les internes des promotions 2017 et 2018 réalisant un droit au remords entrant, ils étaient issus en majorité de la médecine générale (30 %), de la médecine interne (15 %) et de la psychiatrie (11 %). Les internes quittant la santé publique se dirigeaient quant à eux principalement vers la médecine générale (42 %), la médecine du travail (21 %) et la psychiatrie

⁶⁰ Les données présentées ne permettent pas de connaître le nombre exact d'internes entrants et sortants.

(11 %). Les autres spécialités d'origine étaient la gynécologie-obstétrique, l'anesthésie-réanimation, l'endocrinologie, la médecine cardiovasculaire, la médecine physique et de réadaptation, l'oncologie, la pédiatrie, la pneumologie et la biologie médicale. Les autres spécialités des internes quittant la santé publique étaient la gériatrie, la médecine d'urgence, la médecine interne, la médecine vasculaire et la pédiatrie. Comme dans notre étude, les spécialités les plus fréquentes sont donc la médecine générale et la psychiatrie, ainsi que certaines spécialités transversales. La fréquence des spécialités dites « populationnelles » ou ayant une approche plus transversale pourrait s'expliquer par la proximité, sur cet aspect, de ces spécialités avec la santé publique, cette dernière étant caractérisée par une approche populationnelle et interdisciplinaire.

Concernant les abandons et internes ayant repassé les ECN (qualifiés d'arrêts définitifs par l'ONDPS), 11 sont observés pour la promotion 2012, 14 pour les promotions 2015-2016 et 5 pour la promotion 2018, représentant respectivement 14 %, 11 % et 10 % de l'ensemble des internes. On retrouve des résultats inférieurs dans notre étude, avec 7 arrêts pour les promotions d'internes de santé publique de 2011 à 2018 soit 5 % des effectifs. En comparaison aux autres filières, la santé publique est l'une des spécialités avec le plus fort taux d'arrêt (1^{re} spécialité pour les promotions 2015-2016, 3^e pour la promotion 2018). En 2013, 13 internes de santé publique ont repassé les ECN, plaçant la santé publique comme la 11^e spécialité sur 30 en nombre d'internes ayant redoublé [CNG 2014].

III.3.3. Une diversité croissante des terrains de stage en Île-de-France

Très peu de données sont disponibles sur l'historique des terrains de stage agréés en santé publique, en Île-de-France ou sur l'ensemble de la France depuis la création de la spécialité en 1984.

En Île-de-France, lors de l'arrivée des premiers internes, en 1985, 30 postes étaient disponibles en médecine sociale et santé communautaire (correspondant au DES de santé publique actuel), dont la majorité (n=23) en CHU [Heintzmann et al. 1986]. Les principaux domaines des stages étaient : « clinique » (n=10), « épidémiologie et département de santé publique transversaux » (n=7), « information médicale et biostatistiques » (n=6), « administration de la santé et organisation des soins » (n=3), « médecine sociale » (n=2) et « promotion de la santé » (n=1). En 1998, les 44 stages agréés se répartissaient entre 19 stages hospitaliers (8 en santé publique, 6 en biostatistiques, 5 en informatique médicale) et 25 stages extrahospitaliers (11 en unités Inserm, 6 en administration, 3 en industrie pharmaceutique et 5 autres, notamment en association) [Perrillat et Goldberg 1999]. Enfin, en 2006, 79 stages étaient ouverts en santé publique : 8 en administration de la santé, 10 en agences sanitaires et statistiques de la santé, 11 en biostatistiques, information médicale et recherche clinique, 7 en industrie pharmaceutique, 9 en populations et pathologies, 15 en recherche en santé publique (Inserm), 11 en santé publique hospitalière, et 8 en sciences humaines [SPI 2006].

L'absence de classification homogène et stable entre les années rend les comparaisons précises délicates. Plusieurs constats peuvent cependant être réalisés, en comparaison aux données de notre étude. Tout d'abord, on observe une augmentation exponentielle du nombre de stages

disponibles, passant de 30 initialement à 44 en 1998, puis 79 en 2006 et 173 en 2024. Les stages cliniques, très présents à la création du DES, semblent avoir disparu dans les années 1990-2000 pour réapparaître aujourd'hui. Ce changement s'explique peut-être par l'évolution de la maquette du DES, qui permettait de réaliser initialement 4 stages libres (en santé publique ou dans une autre spécialité), réduit à seulement 2 en 2017. On constate également un développement des stages extrahospitaliers, qui passent de 23 % des stages en 1985 à 57 % en 1998 et 73 % en 2024. Concernant les domaines, l'analyse des évolutions est plus difficile. On remarque cependant la prédominance persistante de l'épidémiologie, de la recherche clinique, des biostatistiques et de l'information médicale, comme lors de la création du DES [Petit 2020], avec néanmoins une diversification et un développement d'autres domaines au cours des années.

Une étude de 2009 permet de comparer l'offre de stages en 2008-2009 en Île-de-France et dans les autres subdivisions [Alves de Rezende 2010]. Dans cette étude, Paris était la seule subdivision à disposer d'au moins deux stages dans chacun des 6 pôles présentés (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). Ces résultats soulignent la particularité de l'Île-de-France quant à la diversité des stages accessibles. Dans cette même enquête, les internes franciliens étaient ainsi les plus nombreux à considérer qu'aucun type de stages ne manquait au sein de la subdivision.

III.3.4. Des parcours variés mais orientés principalement vers certains domaines

Concernant les parcours des internes, là-aussi très peu d'études antérieures ont porté sur ce sujet. Les internes franciliens ayant validé leur DES entre 1990 et 1998 réalisaient en moyenne 1,5 stages cliniques (comprenant à la fois stages hors-filière et stages cliniques agréés en santé publique) [Perrillat et Goldberg 1999]. Sur une enquête réalisée en 1994 sur l'ensemble des anciens internes de santé publique de France, les internes réalisaient entre 5 et 6 stages de santé publique en moyenne, soit entre 2 et 3 stages hors-filière, principalement dans des services de maladies infectieuses [SPI 1995]. Enfin, dans une étude sur les internes en cours de formation en 2009, 32 % des internes déclaraient avoir fait ou vouloir réaliser un stage hors-filière [Alves de Rezende 2010]. Dans nos résultats, les stages hors-filières semblent beaucoup moins fréquents, en particulier pour les dernières promotions. Ces constats sont à mettre en lien avec la modification de la maquette ainsi qu'avec le nombre plus important de stages agréés en santé publique proposant une activité clinique. Néanmoins, dans notre étude, de tels stages restent marginaux dans le parcours des internes quel que soit leur promotion, représentant environ 2 % des stages réalisés en santé publique au cours du parcours. Les comparaisons avec les autres spécialités sont difficilement réalisables en l'absence de données et compte tenu des contraintes propres à chaque maquette de DES sur le nombre de stages hors-filière réalisables.

Concernant les disponibilités, une étude de l'ONDPS présente des données pour l'ensemble des internes de la promotion 2018 concernant les arrêts temporaires durant les deux premières années d'internat, incluant les disponibilités (y compris année-recherche, arrêt maladie, congés maternités) et les stages non validants [Bocognano et Charrier 2021]. Les résultats de cette étude

rapportent 17 arrêts temporaires sur 69 internes (soit 25 %). Il s'agit ainsi de la 2^e spécialité, derrière la génétique médicale, avec la plus grande part d'arrêts temporaires, alors que la moyenne pour l'ensemble des internes s'établit à 6,2 %. Ces résultats sont cohérents avec les données de notre étude, qui montrent que les disponibilités sont fréquentes dans le parcours des internes de santé publique, représentant en moyenne 8 % des 8,9 semestres réalisés au cours de l'internat.

Enfin, aucune donnée permettant des comparaisons avec nos résultats n'est disponible pour les stages hors subdivision ainsi que les stages réalisés par les internes avant d'effectuer un droit au remords vers la santé publique.

Concernant les stages réalisés en santé publique, seule l'étude de 1998 donne des détails concernant les différents types de stages réalisés [Perrillat et Goldberg 1999]. Les internes franciliens ayant validé leur DES entre 1990 et 1998 réalisaient en moyenne 2,3 stages hospitaliers, 3,7 stages extrahospitaliers (dont 1,3 en unité de recherche Inserm) et 1,5 stages cliniques. Au total, plus de 80 % des internes ont réalisé au moins un stage hospitalier, plus de 90 % au moins un stage extrahospitalier, et plus des deux tiers au moins un stage clinique. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'enquête de 2009 qui indiquaient que 91 % des internes d'Île-de-France avaient déjà réalisé au moins un stage extrahospitalier (contre 78 % en moyenne pour les autres subdivisions) [Alves de Rezende 2010]. Dans l'ensemble, ces résultats sont concordants avec notre étude qui retrouve en moyenne 2,2 stages hospitaliers, 4,8 stages extrahospitaliers (dont 1,5 stages en organisme de recherche et de formation) et 0,5 stages hors-filières. Quelques stages avec une activité clinique correspondent à des stages hospitaliers ou extrahospitaliers, par conséquent l'estimation du nombre moyen de stages cliniques uniquement à travers les stages hors-filière est légèrement sous-estimée. Néanmoins, ces stages semblent occuper une place moins importante dans le parcours des internes franciliens des promotions 2004 à 2018, en comparaison aux premières promotions de santé publique.

A partir de cette même étude de 1998, les principales thématiques de stages sont présentées pour les parcours de 33 internes soit 257 stages. La classification est davantage construite autour des sujets de travail que des domaines, néanmoins les approches centrées autour de l'épidémiologie-recherche clinique et de l'information médicale semblent prédominantes. Ces dernières correspondent respectivement à 47 % et 13 % des stages de santé publique réalisés dans notre étude. Les stages portant sur l'administration de la santé et l'organisation des soins (16 % dans nos résultats) sont difficilement identifiables dans la classification utilisée mais semblent néanmoins très peu présents. On peut cependant noter que la structuration des agences sanitaires est relativement récente et leur ouverture en tant que terrain de stage a été progressive.

Enfin, concernant l'orientation globale du DES, deux études nous permettent de comparer ces résultats avec l'ensemble des internes de santé publique français. Dans une étude réalisée sur les internes en formation en 2009, 58 % des internes déclaraient avoir orienté leur formation vers un domaine, selon la répartition suivante : 47 % en épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques, 15 % en politiques de santé, 15 % en santé publique hospitalière, 14 % en clinique et 5 % en sciences humaines et sociales [Alves de Rezende 2010]. Dans une autre étude réalisée en 2012 sur 563 anciens internes de santé publique (dont 157 ayant réalisé leur internat en Île-de-France), les orientations principales d'internat (déclarées par les répondants) étaient

les suivantes : 59 % en épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques, 15 % en politiques de santé et organisation des soins, 10 % en information et informatique médicale, 4 % en prévention et promotion de la santé, 3 % en clinique, 3 % en qualité et sécurité des soins, 1 % en sciences humaines et sociales [Guerra et Dugué 2018]. Parmi les répondants ayant réalisé leur internat en Île-de-France, 64 % déclaraient avoir eu un internat orienté vers l'épidémiologie, recherche clinique et biostatistiques, 21 % vers les politiques de santé, 7 % vers un autre domaine non détaillé, 3 % vers la prévention et promotion de la santé, 3 % vers la clinique, 1 % vers l'information médicale, et 1 % vers la qualité et sécurité des soins. Les deux premières orientations étaient ainsi plus fréquentes en Île-de-France que dans la plupart des autres inter-régions, tandis que les quatre dernières étaient moins fréquentes. Ces résultats sont cohérents avec ceux observés dans notre étude (notamment concernant la forte prédominance de l'épidémiologie-recherche clinique). Quelques différences sont notables comme la part plus importante de parcours orientés vers la prévention et promotion de la santé et l'absence de parcours identifiés comme étant orienté en majorité vers la clinique. Les comparaisons entre notre étude et les deux enquêtes présentées restent néanmoins limitées, compte tenu des classifications différentes, du mode de recueil de cette orientation (déclaratif ou catégorisé à partir des stages réalisés), du moment de recueil (pendant ou après l'internat) et de l'étendue des éléments pris en compte (formation théorique et pratique, ou uniquement pratique).

Sur ce dernier point, on peut d'ailleurs noter que notre étude porte uniquement sur la formation pratique, à partir des semestres réalisés durant l'internat. Bien qu'il serait intéressant d'élargir cette étude à la formation théorique, les données disponibles et collectées en routine ne permettraient pas de telles analyses. On peut cependant supposer que l'orientation vers certains domaines, au-delà du choix des stages, s'exprime par la réalisation de formations complémentaires. Nous pourrions explorer davantage cette question dans l'analyse qualitative.

Volet II : Processus de socialisation des internes de santé publique

Ce volet s'appuie principalement sur les résultats issus des entretiens avec les enquêtés et les différents matériaux complémentaires. Les analyses sont présentées à la lumière des données de la littérature ainsi qu'en relation avec les résultats des analyses sur les parcours des internes de santé publique franciliens présentés dans le premier volet de cette thèse.

Dans un premier temps, nous décrivons les propriétés sociales et motivations des étudiants choisissant la santé publique, et la façon dont leurs expériences antérieures peuvent les amener à faire ce choix, loin d'être anodin, à l'issue des ECN. Nous nous attacherons à comprendre comment la combinaison de ces éléments au centre desquels un rapport particulier à la médecine, joue un rôle majeur dans la décision de se spécialiser en santé publique. Puis, nous nous intéresserons aux activités réalisées par les internes et aux interactions avec leur environnement, leurs collègues et leurs pairs. En particulier, nous montrerons comment le processus de socialisation à l'œuvre au cours des quatre années d'internat s'articule avec les produits des socialisations antérieures. Enfin, nous nous focaliserons sur la façon dont les internes construisent et s'approprient – ou non – une identité et un certain rôle en tant que médecin de santé publique, et les tensions et questionnements caractérisant cette conversion du regard.

I. Des moutons noirs en médecine ? Des premiers décalages jusqu'au choix de la santé publique

I.1. Médecine, un choix sous de multiples influences

Avant de comprendre plus précisément les éléments contribuant au choix de spécialité réalisé à l'issue de la sixième année, attardons-nous sur le premier choix réalisé au cours des études supérieures : celui de la médecine. A l'issue de l'enseignement secondaire, de nombreuses possibilités d'orientation s'offrent aux bacheliers. Tandis que certaines formations sont sélectives à l'entrée, les facultés de médecine accueillent en première année l'ensemble des étudiants qui souhaitent s'orienter dans cette voie, la sélection se faisant via le concours permettant d'accéder à la suite des études de médecine. Différents facteurs vont ainsi influencer l'orientation vers la filière médicale.

I.1.1. Les déterminants connus du choix de « faire médecine »

Le choix de « faire médecine » est difficile à éclairer : il s'agit souvent d'une reconstruction a posteriori (participant à une « illusion biographique », comme nous l'avons évoqué dans la méthode), et certains facteurs, inconscients pour les étudiants, peuvent échapper aux tentatives d'identification des déterminants. Malgré ces limites, et bien qu'il y ait assez peu de données sur ce sujet en France, plusieurs déterminants identifiés dans de nombreux pays (en Europe comme sur d'autres continents) sont réputés jouer un rôle majeur dans ce choix [Vaglun et al. 1999 ; Hardy-Dubernet et al. 2001 ; Wouters et al. 2017 ; Givron et al. 2020]. Tandis que certains relèvent de facteurs explicités et déclarés par les étudiants, d'autres ont été identifiés par des analyses sociologiques dépassant les simples motivations énoncées.

L'une des motivations les plus fréquemment retrouvée concerne l'aspect « humain » du métier de médecin : le contact avec le patient, la volonté d'aider ou de prendre soin d'autrui, l'altruisme. La deuxième motivation la plus fréquente est l'intérêt pour les sciences et la biologie humaine. D'autres motivations et déterminants du choix de la médecine ont également été identifiés : le statut et la sécurité (notamment financière) associés à la profession de médecin, la recherche de défi et la compétition, l'influence d'éléments extérieurs notamment les séries télévisées ainsi que l'entourage familial, ou encore le vécu d'une expérience dans le milieu médical en tant que patient ou proche.

Dans certains cas, le choix de la médecine peut être présenté comme une vocation ou du moins une évidence [Hardy-Dubernet et al. 2001]. Cette justification est plus fréquente chez les étudiants issus d'une famille non médicale, et qui ont une représentation abstraite du métier. Elle est par ailleurs en majorité retrouvée chez de futurs médecins généralistes, chez qui la vision abstraite du médecin est associée à l'idée d'un savoir global.

L'entourage familial, et en particulier les parents, peuvent influencer le choix de la médecine de différentes manières [Hardy-Dubernet et al. 2001]. Ils peuvent formuler des attentes par rapport au choix d'orientation de leur enfant, pouvant parfois exercer une forme de pression sur le choix

réalisé, qu'elle soit directe ou intériorisée par leur enfant. Lorsqu'ils sont eux-mêmes médecins, les proches jouent un rôle dans le choix de l'orientation, notamment en tant que modèles permettant d'avoir une idée plus précise du monde médical. Ainsi, les étudiants en première année de médecine sont parmi ceux ayant le plus fréquemment une origine sociale très favorisée : cadres et professions intellectuelles supérieures (dont professions libérales), incluant notamment les médecins. Ainsi, entre 2008 et 2014, entre 39 et 42 % des étudiants en première année étaient issues des classes sociales les plus favorisées [Fauvet et al. 2015]. En 2007-2008, avec une définition un peu plus large de la catégorie socioprofessionnelle très favorisée, 47,5 % des étudiants en première année de médecine étaient issus de cette catégorie, contre 35,1 % de l'ensemble des étudiants inscrits à l'université [Brouillet 2011].

I.1.2. Des motivations principalement « humaines » et « scientifiques », cohérentes avec les déterminants documentés

Comme énoncé précédemment, certains intérêts peuvent amener les étudiants à s'orienter vers la médecine. Ainsi, dans leur discours, certains enquêtés rapportent un attrait pour la biologie et les sciences de la vie. Associé à une curiosité et une envie de comprendre les choses, ils considèrent cet intérêt comme à l'origine d'une recherche de compréhension du fonctionnement du corps, amenant à se diriger vers des études de médecine. Cette orientation se fait alors non pas tant du point de vue du métier envisagé que des apports attendus de la formation. Les études de médecine peuvent également être perçues comme une porte d'entrée vers le monde de la recherche. Cet intérêt peut être une autre forme d'expression d'une curiosité, cette fois-ci portée sur les potentielles activités du futur métier.

D'autres déterminants, évoqués précédemment et cités par les enquêtés, peuvent contribuer au choix de la médecine, soit par rapport aux caractéristiques du métier, soit par rapport à celles des études, soit les deux en même temps. Le sens donné au métier est une des valeurs mises en avant par les enquêtés pour le choix de leur orientation. Le choix de la médecine est ainsi associé à l'importance donnée au fait d'exercer un métier utile et à la volonté d'aider les gens.

On retrouve ainsi deux des principales motivations identifiées dans les études évoquées précédemment portant sur les déterminants de l'orientation en médecine : l'intérêt pour les sciences naturelles et la volonté de venir en aide à autrui. Les caractéristiques des études médicales sont également un facteur mis en avant par certains enquêtés : l'orientation en médecine peut ainsi être considérée comme une manière de relever un défi, en particulier vis-à-vis de la sélectivité du concours de première année. Enfin, les études et le métier de médecin constitue une voie très balisée, avec un déroulement et des débouchés clairs et bien fixés. Certaines personnes cherchant un chemin tracé à suivre peuvent ainsi être rassurées par le cadre offert par cette orientation.

Ce dernier élément est probablement à rapprocher de l'idée d'une sécurité offerte par la profession de médecin, identifiée précédemment comme l'un des déterminants habituels du choix. Plusieurs enquêtés évoquent ainsi l'importance du statut associée à la profession médicale (et de sa remise en question en santé publique, comme nous le verrons plus loin dans

l'analyse). D'autres études ont montré que cet aspect, sans être le déterminant le plus fréquent, est retrouvé chez un nombre non négligeable d'étudiants (15 % dans une étude réalisée parmi des étudiants belges) [Givron et al. 2020].

D'autres éléments extérieurs peuvent contribuer au choix d'études à la sortie du lycée, ou plus tardivement dans le cadre d'une réorientation. Des événements imprévus peuvent notamment influencer ou contraindre l'orientation. C'est par exemple le cas d'une expérience d'une maladie, d'un événement de santé ou de vie marquant, comme le rapporte Maxime :

J'ai eu une phase personnelle un peu difficile en terminale et justement, je pense qu'en lien avec cet épisode personnel, euh... j'ai eu une espèce de révélation en me disant que je voulais absolument être [médecin].

I.1.3. Une influence familiale favorisant la reproduction des positions sociales

Concernant l'origine familiale des enquêtés, deux situations peuvent être identifiées. Soit l'enquêté est issu d'une famille dont au moins un des membres est médecin : parents, frères et sœurs, oncles et tantes, grands-parents. Soit la famille de l'enquêté ne comprend pas de médecins ou de figures médicales proches. Dans tous les cas, la famille influence la vision de l'enquêté, en particulier concernant le métier de médecin. L'absence de médecins dans l'entourage contribue à ne pas faire de la médecine une orientation professionnelle privilégiée et clairement identifiée dans les possibilités qui s'ouvrent au futur étudiant. La présence d'un médecin est associée au fait de poser plus clairement cette orientation comme une voie possible, tout en contribuant parfois à une vision plus négative et moins idéalisée du métier de médecin : travail très prenant, vie familiale réduite.

Alexandra, interne de santé publique dont le père est médecin

Mon père m'a toujours dit, et donc apparemment, je lui ai dit quand j'étais petite : « jamais je serais médecin parce que moi, je veux voir ma famille ». Tu vois, le traumatisme quand même d'enfant de dire ça à son père. Il m'avait dit « tu m'avais brisé le cœur quand tu m'as dit ça Alexandra, mais bon, je comprends, j'étais pas là souvent. Réa, je passais ma vie à l'hôpital. »

Que le contexte familial soit marqué par la présence d'un médecin ou non, l'envie passée d'un parent de suivre des études médicales, ou l'antécédent d'un échec lors de la première année de médecine peuvent participer à identifier la médecine comme une voie d'orientation privilégiée. Ces situations poussent les enquêtés à chercher à satisfaire les attentes familiales concernant cette orientation. C'est également le cas du rapport aux études supérieures susceptible d'être véhiculé par les parents. Que cette vision soit clairement explicitée ou transmise de manière plus implicite, la valorisation d'un parcours en études supérieures participe à faire de la médecine un choix davantage privilégié, d'autant plus quand les filières d'études espérées par les parents sont restreintes à quelques parcours : ingénieur, grandes écoles ou... médecine.

Julie, interne, sans médecin dans sa famille proche, et dont le père est ingénieur

Et... et en plus dans mon milieu... ouais, milieu familial... c'était soit... enfin, il fallait faire des études supérieures, donc c'était soit ingénieur, soit médecin. Même si ça n'était pas vraiment dit, c'était un peu sous-tendu dans... la façon dont on a été éduqué.

Parfois, l'orientation des étudiants peut se faire en opposition à ces attentes familiales. Selon les configurations, cela peut ainsi mener à choisir malgré tout la médecine, ou à se diriger vers une autre voie, du moins dans un premier temps.

Marion, interne dont les deux parents sont médecins, ayant suivi une formation d'ingénieur

Du coup en terminale, je vais revenir à là, moi je suis fille de médecin, de deux médecins, petite fille de médecin, [...] aînée de cinq enfants, et j'avais dit : « mais non moi je ne fais pas de médecine ». Déjà parce que [...] tout le monde s'attend à ce que fille de médecin, l'aînée, tu fasses médecine, mais pas du tout.

Comme on l'a vu, l'origine sociale des étudiants en première année de médecine est souvent très favorisée, et c'est encore plus le cas pour les étudiants en deuxième année (62,7 % en 2008-2010 [Brouillet 2011]) et les médecins ayant achevé leurs études (45 % avec un père cadre supérieur en 1990-2002 [Breuil-Genier et Sicart 2006]). On retrouve les mêmes caractéristiques chez nos enquêtés, largement issus de catégories socioprofessionnelles favorisées. Cette étude ne nous permet pas de réaliser des analyses de fréquence pour l'ensemble des internes de santé publique. Il serait cependant intéressant de s'y intéresser plus spécifiquement, la répartition des origines sociales n'étant pas uniforme parmi les étudiants en médecine, notamment selon la spécialité vers laquelle ils s'orientent. Ainsi, en 1994-1995, la part d'internes issus d'un milieu très favorisé (parent cadre supérieur ou professionnel libéral) variait de 39 % en anesthésie-réanimation à 50 % en rhumatologie [Jaisson 2002] (reflétant également la hiérarchie symbolique entre spécialités évoquée en introduction).

Ainsi, les membres de la profession médicale, dont les internes et médecins de santé publique, n'échappent pas à la reproduction des positions sociales (et donc d'un certain statut) dans la société [Bourdieu et Passeron 2005]. Les enfants de parents médecins ou appartenant aux catégories socioprofessionnelles supérieures occupent le plus souvent des positions sociales de niveau équivalent.

I.1.4. La valorisation d'une ouverture culturelle et intellectuelle

Au-delà de la proximité ou non au monde médical, l'influence familiale peut se traduire de différentes façons. Un certain nombre de valeurs intégrées au cours de la socialisation primaire semblent valorisées par les futurs internes de santé publique. L'ouverture à différents intérêts est ainsi mise en exergue par plusieurs enquêtés. Ces derniers rapportent ainsi des expériences d'ouverture culturelle et intellectuelle au cours de l'enfance qui vont entretenir leur curiosité et les encourager à s'intéresser à des domaines variés. C'est par exemple le cas lors d'expériences de vie à l'étranger :

Stéphanie, interne, sans médecin dans sa famille proche

Quand j'étais petite, j'ai vécu en Espagne jusqu'à mes quatre ans, je suis rentrée à l'école là-bas et j'ai appris l'espagnol très tôt. [...] Et quand je suis rentrée en France mes parents ont dit : « super on a des enfants bilingues en espagnol, qui n'ont fait aucun effort, et c'est super, il faut cultiver ce truc-là ». [...] Et donc, j'avais tous mes cours en espagnol, tous mes copains qui étaient... espagnols ou sud-américains, et donc j'ai eu très tôt cette ouverture sur le monde, cette curiosité pour plein de choses, qui venaient de... de cet aspect-là de... de mon éducation.

D'autres éléments participant à cette ouverture sont évoqués par les enquêtés. Certains mettent par exemple en avant leur tendance à se lasser rapidement d'un sujet ou d'une thématique. Une telle caractéristique peut ainsi favoriser le développement d'intérêts multiples, et ce dès l'enfance. Il semble ainsi y avoir une forme de valorisation de la sphère intellectuelle, associée pour certains à des éléments facilitateurs externes ou internes.

Cette ouverture va ainsi participer à envisager différents choix d'orientation à la sortie du lycée. Les études de médecine sont alors un choix possible parmi d'autres. Les choix préférentiels peuvent notamment dépendre des matières enseignées au cours de l'enseignement secondaire suscitant un intérêt plus important ou caractérisées par de bons résultats. La diversité des options envisagées peut conduire à de fortes hésitations, et contribuer à se sentir perdu. Dans certains cas, cela aboutit à un choix initial d'orientation vers une filière non médicale, comme le rapporte Maude, qui a suivi des études d'ingénieur avant son entrée en médecine :

Je n'avais pas trop de réflexion à cette époque-là. J'hésitais entre médecine et ingénieur. Bon, après, sans rentrer dans l'histoire familiale, mes parents me poussaient plutôt à rester [dans leur ville], et c'est vrai qu'il n'y avait pas de fac de médecine [ici]. Donc, du coup, j'ai fait une prépa, et après, quand j'ai pu partir, je suis partie aussi vite que j'ai pu [rires] [...]. Mais voilà, je... ça ne correspondait pas à vraiment un choix très réfléchi.

FOCUS SUR MON PARCOURS

Un exemple des différents déterminants du choix de la médecine

A l'école, j'ai toujours eu des facilités et je trouvais l'apprentissage plutôt plaisant. Parmi les cours, j'aimais beaucoup les matières scientifiques, qui répondaient à mon envie de mieux comprendre le monde qui nous entoure. Mes parents (technicien et cadre administratif) ont toujours valorisé une certaine ouverture, notamment culturelle (musées, expositions, documentaires...). Au cours de mon enfance et de mon adolescence, j'ai pratiqué différentes activités : atelier de « travaux manuels » (peinture, sculpture...), théâtre, escalade, sculpture/modelage, piano. J'ai également développé d'autres intérêts et compétences plus en autonomie : graphisme et retouche d'image, programmation informatique.

Mon choix d'orientation s'est fait au lycée. Je n'avais pas d'idée précise en tête auparavant, à part des idées d'enfance selon les intérêts du moment. Médecin n'était pas quelque chose que j'envisageais particulièrement. Vu mes résultats scolaires, il y avait cette idée, plus ou moins influencée par mes parents, que j'allais faire une grande école d'ingénieur ou quelque chose comme cela. La médecine est apparue comme un choix (et finalement comme le choix) en seconde. Je ne sais plus exactement comment l'idée est venue, mais il y a eu notamment la lecture de guides d'orientation pour lycéen, la réalisation de différents tests pour voir le type de métiers qui pourrait me convenir, ainsi que le visionnage de séries télévisées médicales comme *Dr. House*. La médecine rassemblait à mes yeux différents éléments importants pour moi : à la fois le côté scientifique et la compréhension du corps humain, mais également l'idée de faire un métier pour aider les gens, et enfin la place importante du social/relationnel.

Extrait de mon journal personnel, 08/03/2010

Une des choses qui me paraît importante c'est de savoir exactement pourquoi on veut faire ce métier. En ce qui me concerne, il y a plusieurs raisons. Tout d'abord à travers les études de médecine je pense qu'on enrichit énormément son savoir sur le corps humain. Or j'adore comprendre comment les choses fonctionnent. Ensuite, je suis également attiré par le côté social du métier. Pouvoir rendre service aux gens, je trouve ça génial.

J'hésite encore sur la spécialité que je vais choisir même si j'ai beaucoup de temps avant de me décider. J'aime bien la médecine générale car ça permet de toucher à tout.

On retrouve à travers mon exemple différentes justifications classiques au choix des études de médecine comme l'aspect humain et l'intérêt pour les sciences. En l'absence de figures de médecins au sein de ma famille proche, l'idée a émergé et s'est construite à partir d'autres influences comme les séries télévisées. Par ailleurs, comme dans d'autres parcours d'enquêtés, le développement des sphères intellectuelles et culturelles – lié à des facilités scolaires et à l'influence de mes parents – a occupé une place importante au cours de mon enfance et adolescence.

I.2. Faire face au désenchantement : s'ajuster ou s'en aller ?

I.2.1. Apprendre à être étudiant en médecine

L'arrivée en médecine est marquée par des transformations et des ajustements progressifs dans les comportements des étudiants, et en particulier les stratégies adoptées face au travail nécessaire, aussi bien théorique que pratique. Ainsi, avant d'apprendre à être médecin, les futurs professionnels apprennent à être étudiant en médecine [Becker et al. 1961]. Ces transformations sont conditionnées par les caractéristiques des études de médecine :

- une importante quantité de connaissances à apprendre et assimiler ;
- un apprentissage en « alternance » pendant toute une partie du cursus, avec cours et stages répartis au cours de la journée (stage le matin, cours l'après-midi) ou sur plusieurs mois (semaines de cours puis semaines de stages) ;
- un mode de sélection (par concours) et d'évaluation tourné vers l'apprentissage par cœur ;
- un parcours tracé, avec un choix de stages encadré durant l'externat et l'assurance de devenir médecin une fois la première année passée ;
- l'absence de cadre clair quant à l'organisation du travail et la priorisation des connaissances.

David Saint-Marc décrit différentes étapes traversées par les étudiants en médecine en France [Saint-Marc 2011]. Après la réussite du concours de première année, un premier « temps de la découverte » est caractérisé par une période de « repos bien mérité » avec un travail limité. En parallèle, les étudiants font leurs premiers pas à l'hôpital et découvrent le milieu médical⁶¹. Après cette première étape vient le « temps de l'engagement », au cours de l'externat : les étudiants s'investissent dans leur formation, sur le plan théorique avec un travail d'apprentissage et de révision important, sur le plan pratique en se familiarisant avec l'exercice de la médecine et en s'investissant pour acquérir les connaissances et compétences nécessaires au cours des stages. Ces différentes expériences vont faire ressortir les écarts entre la vision idéalisée de la médecine et des études, et la réalité vécue. Source de désenchantement, ces écarts et cette prise de distance critique vont nécessiter un « temps d'ajustement » par rapport aux modes d'apprentissage et aux activités demandées. Enfin, le « temps de l'expérience clinique » est celui de l'internat, avec un dépassement des difficultés rencontrées et l'acquisition d'un rôle proche de celui d'un médecin.

Au cours de ces différentes étapes, les étudiants vont adopter différentes postures et stratégies, se traduisant par une expérience différenciée des études. On peut par exemple identifier différents modes de travail, utilisés de façon variable par les étudiants et selon les années d'études : stratégies cognitives (de répétition, d'élaboration, d'organisation, de généralisation et de discrimination), stratégies métacognitives (de planification, de contrôle, de régulation), stratégies affectives (de concentration, de motivation) et stratégies de gestion des ressources (temporelles, matérielles, humaines).

Ces différentes étapes s'accompagnent également d'une transformation du regard de l'étudiant en médecine, du profane à l'initié. Il intègre progressivement la culture médicale professionnelle, notamment lors de sa formation pratique. On assiste ainsi à une « conversion du regard », qui participe à l'identité professionnelle du médecin [Micoulaud-Franchi 2010].

Les différents éléments décrits dans la littérature sont retrouvés chez nos enquêtés. Ainsi les différentes stratégies d'apprentissage sont identifiables dans leur discours. Certains étudiants, notamment lors des phases de préparation des concours, rapportent s'être investis pleinement dans leur travail et en particulier dans l'apprentissage par cœur des cours. Il s'agit ainsi de périodes où ils « *travail[ent] à fond* ». L'objectif du concours entraîne aussi une forme de pression, que certains étudiants se mettent à eux-mêmes dans le cadre de leur apprentissage. La

⁶¹ Dès les années 1960, Becker a caractérisé cette phase de « passage à travers le miroir ».

mémorisation par cœur, soulignée comme opposée à un travail de réflexion (qui est moins central dans cet apprentissage au contraire d'autres filières de formation [Millet 2010]), contribue à une impression d'être « *la tête dans le guidon* » tout au long de ses études.

Stéphanie, ayant réalisé son externat à Paris

Hum, en fait moi j'ai trouvé que pendant toutes mes études de médecine on me demandait d'apprendre des choses par cœur, d'apprendre des arbres diagnostiques, des stratégies de prise en charge, des listes de médicaments, et qu'on ne demandait pas beaucoup de réfléchir.

A l'opposé, et durant certaines phases de leurs études, certains étudiants gardent une certaine distance vis-à-vis de la pression et de ce mode d'apprentissage orienté vers un concours. Dans ce cas, ils vont prendre à la légère leur travail d'apprentissage. C'est par exemple le cas de Joseph, qui a réalisé la première partie de ses études de médecine dans une faculté non francilienne, et qui expose les stratégies mises en place :

Je faisais le minimum, vraiment le minimum. Pareil on avait des contrôles continus. Je les faisais pas. C'est un pote à moi de l'année d'au-dessus qui était pas mal du tout qui les faisait à ma place. Les partiels, bah je les passais quand même mais en fait on avait 30 % de la note qui était déjà jouée au contrôle continu. Donc en fait il me suffisait... en général il me suffisait d'avoir 8 à mes partiels pour valider.

Les périodes de travail à fond ou de relâche peuvent les unes comme les autres être associées à un objectif que se fixe l'étudiant, en particulier vis-à-vis du classement voulu au concours et qui va conditionner la quantité de travail fournie. Ainsi, l'objectif d'accéder à une spécialité prisée à l'issue du concours incite l'étudiant à suivre un apprentissage rigoureux et intense. Au contraire, dans le cas où la ou les spécialités envisagées ne nécessitent pas d'obtenir un bon classement au concours, l'étudiant peut adopter un mode de travail plus détendu.

Benoît, interne ayant réalisé son externat à Paris

Je savais du coup que j'avais des spécialités comme ça [non cliniques] où j'aurais pas forcément besoin d'un très bon classement. Donc je me suis pas mis la pression plus que ça.

1.2.2. Des tensions inhérentes aux études de médecine

Quelles que soient les postures et stratégies des étudiants en médecine, le parcours de socialisation de ces étudiants est marqué par une étape de tensions (ou « dualité ») entre la réalité projetée des études médicales et de l'exercice de la médecine, et l'expérience vécue par les médecins en formation, nécessitant des ajustements plus ou moins importants [Becker et al. 1961 ; Saint-Marc 2011]. Cette phase est commune à l'ensemble des étudiants, présente de façon plus ou moins marquée, et vécue différemment selon les étudiants.

Divers éléments peuvent contribuer au décalage perçu et au désenchantement des étudiants en médecine : décalage entre les spécialités vues en stages et les enseignements dispensés à la faculté, cours préparant mal à l'exercice futur mais également à l'ECN, sentiment d'utilité variable

au cours des stages, intégration aux services hospitaliers rendue difficile par un manque de légitimité, réalisation du « sale boulot » en stage, rôle de l'externe mal défini nécessitant une renégociation de sa place à chaque stage [Saint-Marc 2011].

Ainsi, en particulier en fin d'externat, beaucoup d'étudiants traversent une phase de « distanciation critique » vis-à-vis de leur formation. En dernière année d'externat, 55 % des étudiants estiment que les cours dispensés ne les préparent pas à l'exercice de la médecine, et 31 % les considèrent inutiles pour leur formation [Saint-Marc 2011]. En parallèle, seuls 40 % des étudiants se sentent utiles en stage, 57,5 % se sentent légitimes aux yeux des malades et 48 % face au personnel.

Néanmoins, ces différentes tensions vont progressivement se résoudre et réduire le décalage entre attentes et réalité. Différents mécanismes contribuent à ce processus. C'est par exemple le cas pour l'adaptation aux tâches confiées à l'étudiant qui ne correspondent pas à l'image qu'il se fait de la pratique de la médecine, comme le travail administratif. Beaucoup d'étudiants acceptent la réalisation de ces tâches comme un rite de passage, quelque chose de nécessaire et d'incontournable pour ensuite accéder au statut de médecin. Selon les stratégies adoptées, le sentiment d'utilité et de légitimité évoluera différemment pour les étudiants, contribuant à un vécu plus ou moins positif de l'externat.

Nous retrouvons ces tensions et ajustements chez nos enquêtés. Cependant ceux-ci semblent se produire sur des aspects différents ou à une intensité plus importante, comme nous le verrons par la suite. Les décalages constatés favorisent ainsi une remise en question de la voie tracée des études médicales, et amènent les étudiants à envisager d'autres possibilités, allant pour certains jusqu'à remettre en question la poursuite des études de médecine.

I.2.3. Une approche perçue comme cloisonnée et peu propice à la réflexion

Malgré la diversité des vécus des études, des difficultés rencontrées, et des stratégies mises en place, le parcours global des étudiants reste très cadré. Pendant l'externat, on observe ainsi un schéma semblable suivi par l'ensemble des étudiants, autour de trois grands aspects : apprentissage pratique lors des stages, selon une rotation prédéfinie, apprentissage et révision théorique en préparation de l'ECN, et questionnement autour du choix de la spécialité. Dans la suite du parcours (troisième cycle des études), l'apprentissage de la spécialité choisie se fera également selon une maquette prédéfinie, et aboutira à une profession déjà bien identifiée ou en tout cas dont les étudiants ont une certaine représentation, comme l'exprime Maude :

On rentre en gastro, on sait qu'on sera gastro, on voit à peu près ce qu'on va faire plus tard, c'est-à-dire palper des ventres et éventuellement faire des gastro-fibro.

Pour les enquêtés, qui mettent en avant l'existence de ce parcours commun, le suivi de ce « moule » est notamment renforcé par l'influence des pairs. Les autres étudiants côtoyés, que cela soit durant les cours, les stages ou lors de sessions de travail en groupe, par exemple, contribuent à modeler une voie commune pour l'ensemble des étudiants en médecine. Le suivi de cette voie tracée contribue également à l'impression d'« avoir la tête dans le guidon » (c'est-à-

dire d'être sous pression, avec l'objectif du concours en ligne de mire, et de manquer de temps) et à ne pas se poser de questions poussées. Les étudiants s'inscrivant dans ce mode ne sont ainsi pas amenés à se questionner, en particulier sur l'ensemble des possibilités d'orientation et d'exercice en médecine, pour trouver un chemin qui corresponde le mieux à leurs attentes. Certains enquêtés, qui rapportent une mise à distance par rapport à ce chemin tracé, se sentent ainsi différents de leurs pairs, comme le rapporte Maxime, qui a réalisé ses études dans une faculté parisienne :

Enfin voilà, ce truc, cette routine de stage, bibli avec tout le monde dans cette fac qui est vraiment... nez dans le guidon, enfin c'est tu vois... se poser des questions, je pense, globalement en médecine, mais à fortiori dans cette fac-là, [...] c'est un peu anormal quoi, t'es un peu le... l'intrus.

Au-delà du parcours, le mode de formation tourné vers la mémorisation par cœur et laissant une faible place pour la réflexion peut entraîner une forme de déception chez certains étudiants, qui avaient des attentes différentes quant à l'apport des études médicales. On retrouve par exemple ce constat chez certains futurs médecins légistes [Juston Morival 2020]. Les étudiants peuvent, soit ne pas apprécier certains cours, soit être frustrés et ne pas se satisfaire du mode d'apprentissage imposé, peu propice à la réflexion. Ceci est d'autant plus le cas pour les étudiants qui avaient déjà développé des intérêts pour d'autres domaines ou sujets non médicaux. Ceux-ci ont alors l'impression d'un certain enfermement en médecine. Cet enfermement ou cloisonnement du monde médical apparaît d'autant plus que les autres étudiants sont focalisés quasi exclusivement sur la médecine.

Stéphanie, issue d'une famille non médicale

Et j'ai un petit peu déchanté pendant l'externat parce qu'en fait, je pense que je m'étais très mal représentée ce que c'était que la médecine, ou en tout cas les études de médecine, et je m'attendais à euh... beaucoup plus de... de recherche, enfin de formation en sciences fondamentales, que j'ai pas du tout retrouvée dans mon cursus, et je m'attendais aussi à beaucoup plus de sciences sociales, d'éthique, de questionnement sur le système de santé et voilà...

Certains enquêtés cherchent ainsi à maintenir ou développer une ouverture pour d'autres intérêts ou activités. Pour cela, ils mettent en œuvre (consciemment ou non) différentes stratégies, soit en développant des activités en dehors du cadre de leurs études, soit en cherchant à adapter celles-ci afin de répondre à leurs attentes. C'est par exemple le cas de Maxime, qui trouve cette ouverture via la fanfare de la faculté, dans laquelle il côtoie des personnes dont il se sent plus proche, tant sur la vision des études de médecine (« *non, l'externat on le vit pas avec des étoiles dans les yeux* ») que sur la recherche d'autres activités (« *on sortait pas mal pour aller écouter d'autres groupes, pour jouer, c'était pas mal la fête* »). De son côté, Jim réalise d'autres formations en parallèle des deux premiers cycles des études médicales : un master 2 en biologie, un DU en biostatistiques. Au-delà d'un intérêt intellectuel, ces formations supplémentaires (réalisées notamment durant une année de césure entre la troisième et la quatrième année) lui permettent une ouverture plus globale : « *j'ai rencontré du monde en dehors de la médecine parce que justement j'avais envie de faire ce pas de côté, mais donc vraiment une vie en dehors de la*

médecine pendant un an ». C'est aussi ce que raconte Estelle, qui cherche pendant son externat à aller au-delà du cadre prédéfini des études de médecine pour répondre à un besoin d'ouverture vers d'autres intérêts :

J'ai pas particulièrement eu l'impression de m'épanouir pendant mes études de médecine, en tout cas les premières années. [...] Tout ce que j'avais cherché en termes de développement intellectuel et d'humanité, finalement je ne l'ai pas vraiment retrouvé, en tout cas pas suffisamment à mon goût. Et puis, surtout, j'avais une appétence pour tout ce qui était politique de santé, qui très rapidement s'est développé. Donc j'ai essayé de faire tout ce que je pouvais pour sortir un peu du cadre classique de la médecine. [...] Quand j'ai été externe en dernière année [...] j'ai fait un stage à [l'étranger] pendant trois mois dans un service de maladies infectieuses.

Comme on le voit, cette désillusion concerne l'enseignement théorique mais également la formation pratique. L'hôpital et plus globalement le milieu médical sont des mondes les plus souvent inconnus des étudiants en médecine avant leur premier stage. La formation pratique, en particulier pendant l'externat, ne correspond finalement pas à la représentation et aux attentes qu'avaient de nombreux étudiants en médecine. Ces frictions entre projection et réalité concernent différents aspects : approche clinique, relation médecin-patient, fonctionnement de l'hôpital.

Les difficultés rencontrées lors des stages pratiques peuvent en particulier porter sur l'approche intellectuelle sous-jacente : la segmentation des spécialités médicale favorise un regard ciblé uniquement sur les aspects cliniques se rapportant à un organe ou à un groupe de maladies, au détriment d'une vision plus globale du patient. Ce constat est probablement plus fréquent chez les futurs internes de santé publique, mais il semble cohérent qu'il soit également partagé chez les étudiants s'orientant vers des spécialités transversales. Il est d'ailleurs intéressant de souligner ici les résultats de la première partie : la plupart des internes effectuant un droit au remords vers ou depuis la santé publique sont issus ou vont dans une spécialité que l'on peut qualifier de transversale ou privilégiant une approche globale ou populationnelle : médecine générale, psychiatrie, pédiatrie, gériatrie, mais également anesthésie-réanimation et médecine interne par exemple.

I.2.4. Un environnement vécu comme inhospitalier

La désillusion face au vécu en stage peut également être liée au fonctionnement de l'hôpital, et en particulier aux modalités de travail en équipe et à la position subie au sein de cet environnement. Certains étudiants, au cours de leurs stages d'externat, se sentent « en bas de l'échelle » et éprouvent des difficultés liées à cette position. Ils sont ainsi considérés à une place inférieure dans la position hiérarchique, avec la nécessité d'accomplir des tâches qu'ils considèrent peu gratifiantes (par exemple, le travail administratif évoqué auparavant). Le vécu

néгатif est renforcé chez certains par des comportements de maltraitance de la part de l'équipe, source de souffrance pour ces étudiants⁶², comme le rapportent plusieurs enquêtés :

Gauthier, médecin ayant réalisé son externat à Paris

Les blocs c'était... pas toujours sympa, quoi. Il y a des chefs..., enfin voilà, c'est pas cool, on te traite un peu comme... bah pff... comme n'importe quoi, comme je sais pas. Bon bref, c'est un milieu très violent, c'est un milieu très... très oppressant.

Adèle, interne ayant réalisé son externat en dehors de Paris

Les urgences, vraiment, c'est le pire service. Attends, je ne sais pas si toi on t'a insulté, mais moi, les chefs... il y a un chef qui m'a traitée de trou du cul, il y en a un qui m'a traitée de cruche, c'est pas méchant, mais enfin, quand même.

La confrontation à l'exercice de la médecine, souvent à l'hôpital mais également dans d'autres environnements, est l'occasion de percevoir un certain nombre de dysfonctionnements du système de santé. Ces perceptions portent en particulier sur l'organisation du système ou des services, au-delà des difficultés humaines dans les interactions entre les soignants. Maude constate ainsi que : « *notre système de santé ne va pas forcément très bien [...] il n'y a qu'à aller aux urgences pour se rendre compte que rien ne va* ». De son côté, Adèle explicite clairement la prise de conscience de ces dysfonctionnements lors de ses stages d'externat :

En fait, je voyais déjà, externe tu sais, tu voyais déjà tout ce qui allait pas dans le système. Je reprends encore les urgences, [...] le bordel que c'était. Et tu sais tu... Enfin, je me rappelle déjà m'être dit : « Mais putain, il faudrait tout changer, en fait. Il faudrait changer tout le fonctionnement. » Et donc déjà tu... Enfin tu te rends compte qu'en fait le problème, il est systémique.

Ces dysfonctionnements peuvent s'accompagner de difficultés de prise en charge, d'une impression de ne pas faire correctement le métier de médecin, et aboutir ainsi à une forme de perte de sens. Les conséquences de ces difficultés peuvent ainsi marquer les étudiants à travers l'expérience de prises en charge dysfonctionnelles de patients, pendant l'externat voire pendant l'internat pour les internes ayant choisi initialement une autre spécialité, comme c'est le cas de Gauthier :

Puis cette sensation de mal prendre en charge les gens, tu sais, toi tu fais ce métier parce que t'as envie de bien prendre en charge les gens, et tu te retrouves à... à laisser des gens aux urgences avec des fractures parce que t'as pas de lits, à... à avoir une liste d'attentes de 8 patients chez eux à jeun que tu dois appeler tous les jours en leur disant « on peut pas vous faire aujourd'hui ».

⁶² La maltraitance des étudiants à l'hôpital est un sujet émergent, de mieux en mieux documenté (voir notamment [Auslender 2017]) et pris en compte, par les syndicats mais également les pouvoirs publics (voir par exemple [Marra 2018]).

I.2.5. Des responsabilités ressenties comme pesantes

Pour faire face à ces difficultés, certains étudiants font le choix d'investir des aspects plus particuliers de leur activité en stage. C'est notamment le cas de l'aspect relationnel et des échanges avec les patients et leur famille, qui sont investis par de nombreux externes [Saint-Marc 2011]. Beaucoup d'enquêtés rapportent ainsi « *ador[er] discuter avec les patients* ». Cependant, le développement de ces relations n'est pas toujours source d'épanouissement et peut engendrer des difficultés (les deux situations pouvant coexister chez certains étudiants). Plusieurs enquêtés soulignent ainsi ne pas s'être retrouvé dans la relation entre le médecin et le patient, et ce, de différentes façons :

- manque d'aisance dans les relations interpersonnelles ;
- absence de gratification trouvée dans ces relations ;
- difficulté à adopter la bonne posture et à trouver la juste distance, avec un retentissement émotionnel potentiellement important ;
- crainte de la responsabilité que fait porter la relation et impression de ne pas être capable d'assumer cette responsabilité.

Par exemple, Marion raconte comment sa relation avec les patients était marquée par une difficulté à adopter une position empathique correctement ajustée : « *même si tous mes stages se passaient bien avec les patients, j'aimais bien ça, je me rendais compte quand même que j'étais très... que je ramenait tout le monde chez moi* ». Certains étudiants se sentent ainsi trop émotifs, trop empathiques, voire trop « *fragiles* », notamment en comparaison avec leurs co-externes, comme le rapporte Adèle :

Mais eux [ses co-externes], ils trouvaient ça assez bien comme rythme, faire un peu le matin, pas trop de responsabilité d'après eux – alors que pour moi, c'était déjà énorme. Mais eux, ils trouvaient ça cool. Donc en fait, oui, je me sentais vachement à l'écart par rapport à ça. Tu sais, j'avais l'impression d'être la meuf reloue qui... qui râlait... La fragile. Parce que ça faisait un peu ça. C'est vrai que je pleurais beaucoup... parce que j'étais submergée par... les émotions.

Des constats similaires ont pu être fait chez les étudiants s'orientant vers d'autres spécialités comme la médecine légale [Juston Morival 2020]. Au contraire, ces aspects relationnels occupent une place minime chez certains futurs spécialistes comme les internes en chirurgie [Zolesio 2012].

Enfin, certains enquêtés évoquent des difficultés en lien avec l'aspect clinique de la relation médecin-patient. En particulier, l'examen et les gestes cliniques matérialisent pour certains une forme d'intrusion dans l'intimité ou le corps des patients, et sont alors mal vécus. Ainsi, une enquêtée évoque une « *phobie* » des « *gestes techniques* », tandis qu'un autre exprime des difficultés à réaliser un examen clinique chez certains patients : « *personne vraiment obèse, personne vraiment âgée, personne un peu sale et tout* ». Là aussi, ces difficultés semblent partagées par des étudiants s'orientant vers des spécialités non cliniques⁶³ [Hardy 2010].

⁶³ « *La radiologie nous a été présentée par certains étudiants comme un choix délibéré de pratiquer une*

I.2.6. Un décalage trop important pour continuer ?

Pour de nombreux enquêtés, ces différents éléments contribuent – dans des proportions variables – à une absence d'épanouissement au cours des stages et à un vécu difficile des études. Les conditions de travail sont éprouvantes, aussi bien dans le cadre de l'apprentissage théorique, nécessitant un effort de travail et de mémorisation important, que lors de la formation pratique en stage. La maltraitance, l'encadrement parfois violent des médecins, la confrontation à des situations humaines difficiles, la responsabilité ressentie vis-à-vis du patient et l'insatisfaction dans la pratique clinique sont autant de facteurs qui peuvent entraîner des conséquences allant jusqu'à une remise en question du choix d'orientation en médecine.

Cette désillusion et remise en question, quand elle se produit, peut avoir lieu à différents moments dans le parcours. Elle peut commencer à émerger dès les premiers contacts avec l'hôpital, dans les stages en deuxième ou troisième années. Elle peut être très marquée durant l'externat : l'étudiant est alors en stage à mi-temps, et a l'occasion d'être confronté à de nombreuses situations, dans des terrains de stage variés. Cette désillusion peut aussi être plus tardive, et survenir après le choix de spécialité (autre que la santé publique), en cours d'internat. Dans ce cas, l'interne, présent à temps plein, et à une position supposant encore davantage de responsabilités, peut être amené à rencontrer des difficultés qu'il n'avait pas perçues auparavant ou dont il n'avait pas conscience, ou juger qu'elles ne sont pas dépassables.

Quel que soit le moment de ce désenchantement, il conduit certains à chercher une voie différente de celle envisagée initialement pour leur parcours professionnel. En effet, bien que ces tensions et ajustements soient fréquents chez les étudiants en médecine, ils semblent particulièrement marqués parmi nos enquêtés. Ainsi, dans notre cas, cette désillusion et le dégoût de l'hôpital associé sont suffisamment forts pour entraîner un questionnement sur l'orientation allant jusqu'à envisager l'arrêt des études de médecine, comme le rapportent plusieurs enquêtés. Les bénéfices attendus de ces études et du futur métier de médecin semblent ainsi être dépassés par les contraintes, désagréments et difficultés du monde médical, selon les perceptions des étudiants concernés.

Cette remise en question est d'autant plus notable qu'un changement radical d'orientation professionnelle reste assez rare en médecine [Hardy 2015]. La quasi-totalité des étudiants admis en deuxième année de médecine exerce ensuite en tant que médecin, et les diplômés exerçant une autre profession constituent une exception. Hardy indique ainsi que « le concours de fin de première année [...] vaut donc quasiment concours de recrutement ». Néanmoins, des enquêtes récentes montrent que le mal-être des étudiants en médecine est fréquent et de plus en plus important : 66 % des étudiants rapportaient des symptômes anxieux en 2017, 75 % en 2021 [ISNAR-IMG et al. 2021]. Selon une autre étude, un peu moins de deux tiers des externes auraient déjà pensé à renoncer à leurs études, ce résultat étant notamment associé à une faible satisfaction en stage [Danset 2017].

médecine autorisant une absence de contact direct avec des corps malades à l'égard desquels ils reconnaissent avoir éprouvés tôt, dans leurs études, un profond dégoût. D'autres étudiants avouent ne pas supporter de pratiquer des actes agressifs et s'être orientés vers des spécialités comme la radiologie, mais aussi la biologie ou la santé publique, pour éviter cette lourde responsabilité. »

Ce constat d'ensemble est toutefois à nuancer, et la possibilité d'arrêt des études de médecine peut être considérée comme un cas « extrême ». D'autres enquêtés rapportent un vécu plus serein de leur externat. Leur expérience les amène toutefois à questionner leur choix d'orientation pour s'aligner sur certaines de leurs attentes. Le choix d'une spécialité nécessite en effet un certain alignement avec l'éthos professionnel développé⁶⁴ [Schepens et Zolesio 2015]. Les futurs internes de santé publique semblent ainsi caractérisés par des dispositions les amenant à s'éloigner des trajectoires classiques conduisant à un exercice clinique, permettant pour certains d'échapper au monde impitoyable de l'hôpital.

FOCUS SUR MON PARCOURS

Un cheminement entre recherche d'ouverture et doutes

Ma première année de médecine s'est bien passée et je l'ai plutôt bien vécue. En deuxième et troisième années, je me suis investi dans le tutorat (accompagnement bénévole des étudiants de première année) et dans la corporation des étudiants en médecine, en tant que responsable publication et responsable matière⁶⁵, et en tant que vice-président informatique⁶⁶. Paradoxalement, malgré mon investissement dans la corporation, je n'étais pas du tout dans le côté festif, je n'allais pas aux soirées, je n'ai pas fait le week-end d'intégration ni les activités d'intégration, ça n'est pas quelque chose qui m'attirait.

J'ai suivi pendant ces deux années le double cursus médecine-sciences proposé par ma fac. A l'époque, je le justifiais par mon intérêt particulier pour la recherche, vers laquelle j'envisageais de m'orienter plus tard. Ces cours⁶⁷, suivis en parallèle de la formation médicale, avaient l'avantage de changer du « par cœur » et de favoriser plutôt la réflexion. Cette différence caractérisait aussi les échanges au sein du groupe d'une vingtaine d'étudiants qui suivaient ce double cursus, avec des discussions beaucoup plus larges que la médecine. Au contraire, les cours de médecine n'étaient pas très stimulants, avec un apprentissage par cœur bête et méchant. J'ai fait une année de césure pour réaliser dans la suite du double cursus un master 2 en neurosciences, étant attiré par la compréhension du fonctionnement du cerveau humain. Je ressentais le besoin de prendre un peu de recul par rapport aux études de médecine. Cette césure m'a permis de rencontrer d'autres personnes hors médecine, de m'ouvrir à d'autres choses, et de ne pas être enfermé et

⁶⁴ On peut définir l'éthos professionnel comme « l'ensemble des valeurs intériorisées [...] et qui se concrétisent dans l'activité professionnelle » [Jorro 2013]. Ce concept permet notamment « de saisir tout à la fois le rôle des valeurs et des normes qui seront plus ou moins incorporées et le désir de métier qui s'exprime dans les significations que l'acteur attribue aux situations professionnelles ».

⁶⁵ Préparation de supports de formation ainsi que de concours blancs à destination des étudiants de première année

⁶⁶ Incluant notamment la gestion des sites internet de la corporation et du tutorat et le développement de nouvelles fonctionnalités (partage de documents, banque de QCM en ligne, résultats des concours blancs)

⁶⁷ Dont les intitulés étaient : éléments de biologie, approfondissement et applications des thèmes étudiés, biochimie, de la cellule souche à l'organisme, méthodes d'étude en génétique humaine et génomique, imagerie et modèles d'étude du développement, biostatistiques, démarche expérimentale en biologie

centré en permanence sur la médecine. C'est aussi une période où je me suis intéressé de plus près aux actualités, à la politique.

Même si j'ai très bien vécu cette année à distance de la médecine, je ressentais malgré tout une sorte de culpabilité (notamment vis-à-vis de mes camarades de promotion) par rapport au fait d'avoir abandonné – temporairement – la médecine. Le début des stages d'externat, dès la 3^e année à Paris 6, avait été un peu difficile mais pas non plus insupportable. Je ne me sentais pas très bon, pas très à l'aise ni sur la mobilisation des connaissances, ni dans les relations avec les patients. Ce n'est pas forcément quelque chose qui me déplaisait, mais je n'aimais pas du tout cette position de responsabilité vis-à-vis du patient, cette relation asymétrique où le patient attendait tout de nous. Dans l'ensemble, mes stages d'externat se sont bien passés. Finalement, je continuais à avancer dans les études sans trop me poser de questions, avec des hauts et des bas.

Puis il y a eu une période très marquée par le doute, l'été entre la 4^e et la 5^e années, au cours d'un stage de chirurgie orthopédique. Je n'aimais pas du tout l'ambiance (illustrée par exemple par un concours de pompes entre internes dans le bureau médical), j'avais l'impression que le patient n'était pas du tout au cœur des préoccupations des chirurgiens, et que ce qu'on faisait en tant qu'externe n'avait pas beaucoup de sens. J'ai sérieusement pensé à arrêter mes études de médecine et à changer de formation, pour faire quelque chose en lien avec la nature, l'environnement.

Extrait de mon journal personnel, 16/08/2017

D'ailleurs médecine j'en ai ras-le-bol en ce moment. [...] Apprendre toutes ces choses par cœur, ça m'énerve, je n'en peux plus. Et encore, je bosse plus ou moins le strict minimum. Mais c'est déjà trop. Et j'ai pas envie de recommencer l'année prochaine. Ça me dégoûte presque de la médecine. [...] Enfin, il y a toujours une part de moi qui est totalement angoissée face à tant de responsabilités et qui aimerait fuir très loin. C'est vrai que ça me travaille beaucoup. Et je me dis que peut-être dans un certain temps je n'aurai plus envie de faire médecine. Alors je regarde aussi dans quoi je pourrais me reconvertir (alors que je n'ai même pas commencé).

Dès le début de mes études de médecine, mon parcours est marqué par la recherche d'autres éléments, afin de diversifier mes activités. Cette diversification est présente à la fois au niveau du parcours universitaire (double cursus, master 2) et en dehors (vice-présidence informatique de la corporation, cours de piano, flûte et chant). Ces compléments ne sont cependant pas suffisants pour contrebalancer les difficultés rencontrées au cours des études : apprentissage perçu comme inintéressant, relation médecin-patient insatisfaisante, responsabilités ressenties comme trop lourdes. Lors d'un stage particulièrement éloigné de mes attentes et de ma vision de la médecine, l'arrêt des études de médecine est alors envisagé.

I.3. Choisir la santé publique : la suite logique d'un parcours qui prend ses distances avec la médecine

De la même façon que pour le choix de faire des études de médecine, le choix d'une spécialité est particulièrement sujet à la constitution d'une « illusion biographique », reconstruite a posteriori (voir partie Méthode). Néanmoins, certains éléments signifiants sont retrouvés dans la littérature et chez nos enquêtés.

I.3.1. Choisir une spécialité : un arbitrage à la rencontre de nombreux déterminants

Le choix d'une spécialité à l'issue du deuxième cycle des études de médecine a été souvent étudié. Bien que les modalités de choix aient évolué au cours du temps (notamment en passant d'un amphi de garnison à une procédure en ligne), les déterminants restent les mêmes. Trois grands types de facteurs sont identifiés par Hardy-Dubernet et Faure : ceux liés à la procédure, les facteurs d'ordre privé, et les facteurs d'ordre professionnel [Hardy-Dubernet et Faure 2006].

Concernant les facteurs liés à la procédure, l'un des plus importants est évidemment le classement obtenu lors des ECN. Celui-ci influence non seulement les choix accessibles en termes de spécialités et de subdivisions, mais il joue également un rôle de positionnement hiérarchique des étudiants entre eux, et des spécialités entre elles, comme évoqué dans l'introduction. La notion de prestige des spécialités, dépendant de nombreux facteurs et pouvant évoluer au cours du temps, joue un rôle particulièrement important au moment du choix de spécialité [Saint-Marc 2011], pouvant entraîner un changement de choix au dernier moment chez des étudiants qui ont finalement accès à une spécialité plus prisée, même si celle-ci n'était pas envisagée initialement.

Les facteurs d'ordre privé, classiques dans les choix professionnels quel que soit le domaine, s'intègrent ici dans un contexte particulier d'un choix tardif (à 25-26 ans en moyenne), marquant l'entrée dans une nouvelle phase de vie. Les déterminants identifiés concernent notamment la situation familiale, qui influence en particulier le choix de changer de subdivision ou non, se répercutant parfois sur le choix de spécialité. La potentielle compatibilité ou non d'une spécialité (notamment du point de vue des horaires, des gardes, etc.) par rapport à des projets de vie personnelle a également un impact sur l'orientation. Ce déterminant est notamment exprimé en termes de « qualité de vie » par les étudiants.

Enfin, de nombreux facteurs d'ordre professionnel se rapportent à l'exercice projeté de la spécialité. La réalité de cet exercice n'est cependant pas toujours claire dans l'esprit des étudiants, et peut passer au second plan derrière des considérations davantage liées à l'internat (modalités d'apprentissage, rythme des gardes, etc.) ou aux conditions de pratique (niveau de revenus, modes de vie...). La recherche d'un éloignement des patients et des corps peut également être un motif de choix, en particulier pour des étudiants ayant choisi médecine pour d'autres motivations que l'aspect « humain ». Dans ce cadre, différentes spécialités sont évoquées : radiologie, biologie médicale, anatomopathologie, médecine du travail et bien sûr santé publique. Enfin, les motivations du choix peuvent également être liées à l'intérêt ou aux

bons résultats dans une « matière », l'attire pour un organe particulier ou pour une population de malades spécifiques.

Ces différents déterminants sont modulés par l'influence de l'entourage professionnel et personnel. La famille, les amis, les autres étudiants et les médecins et enseignants rencontrés peuvent ainsi infléchir le choix vers une spécialité ou au contraire participer à en écarter certaines [Hardy-Dubernet 2009 ; Gaucher et Thabut 2013 ; Rolland et Bentegeac 2019]. Ce choix, et les motivations sous-jacentes, évoluent d'ailleurs beaucoup au cours des deux premiers cycles des études de médecine [Saint-Marc 2011], les étudiants restant fixés sur une orientation du début à la fin de leurs études étant assez peu nombreux [Gaucher et Thabut 2013 ; Pfarrwaller et al. 2023].

Dans le cadre de cette étude, nous ne reviendrons pas en détails sur les différents facteurs de choix présentés ci-dessus et retrouvés en grande partie dans les témoignages de nos enquêtés. Dans la suite, nous nous focaliserons sur les éléments qui semblent caractériser plus spécifiquement le choix de la santé publique, en soulignant leurs particularités et différences (ou parfois similitudes) avec les éléments contribuant au choix d'autres spécialités.

I.3.2. La recherche d'une « issue de secours »

Les insatisfactions rencontrées au cours des études de médecine et l'absence d'épanouissement qui en découle poussent certains étudiants enquêtés à se questionner en profondeur sur leur orientation. Cela peut entraîner une forme de rejet ou en tout cas de mise à distance de la médecine. Certains étudiants considèrent alors qu'ils n'ont pas trouvé leur voie en médecine, et que la meilleure des options est d'arrêter ces études. Cette recherche d'une « *issue de secours* » les met cependant dans une position délicate, puisqu'ils n'ont pas forcément anticipé cette rupture et envisagé d'autres possibilités de parcours. Ils se retrouvent alors perdus dans les choix qui s'offrent à eux.

Face à cette situation, bien que l'arrêt des études de médecine soit envisagé, une telle option n'est pas perçue comme idéale. Elle implique en effet de repartir de zéro : les étudiants n'ont pas obtenu de diplôme ni d'équivalences et perdraient les efforts investis dans cette formation qui représente un nombre d'années non négligeable. La recherche d'une autre voie, présentée comme une « *issue de secours* », se tourne alors vers les options offertes dans le cadre du cursus médical.

C'est par exemple le parcours d'Alexandra. Après avoir hésité entre différentes spécialités, elle choisit la médecine générale notamment pour le contact avec les patients, la transversalité (elle y voit une combinaison de différents domaines qui l'intéressent comme la pédiatrie et la psychiatrie), et la possibilité de travailler en équipe. Les premiers semestres d'internat font ressortir des difficultés qui existaient déjà au cours de l'externat (« boule au ventre » avant d'aller en stage, notamment en raison de la pression ressentie et de la responsabilité perçue vis-à-vis des patients) et qu'elle pensait pouvoir dépasser : « *Ça existait déjà, mais je pense que je voulais pas l'écouter et que je me disais : "oh ça ira mieux après, quand je serai interne, je serai plus à l'aise, j'aurai plus confiance en moi, en mes connaissances, mes compétences, etc., ça passera mieux"* ». Elle constate cependant durant ses premiers semestres en médecine générale que ces difficultés sont trop importantes, l'amenant à chercher une autre voie en dehors puis au sein des

études de médecine, et finalement à changer de spécialité via un droit au remords vers la santé publique :

J'avais envie d'arrêter complètement médecine. C'est vrai que tu es à bac + 8, 9. Mes parents m'ont dit "bon ça serait un peu dommage quand même, d'avoir fait tout ça. Enfin bon si tu veux arrêter, arrête. Mais bon... T'es quand même allée très loin dans tes études pour reprendre à zéro." Parce que bon, on n'a pas trop d'équivalence et puis je ne savais pas ce que je voulais faire. J'ai dit "oui c'est vrai que c'est con".

Sans forcément entraîner un rejet aussi marqué de la médecine, les différentes expériences vécues au cours des études et auparavant peuvent nourrir le questionnement sur le choix de l'orientation. La recherche de changement et l'ouverture à différentes possibilités d'avenir professionnel contribuent pour ces étudiants à envisager différentes possibilités pour le choix de spécialisation. En ce sens, ces futurs internes de santé publique semblent s'écarter de leurs confrères futurs généralistes, pour qui le choix de la médecine générale s'inscrit dans un rejet de l'hôpital mais également pour certains dans une insertion claire dans d'autres milieux non médicaux (« travail rémunéré continu, mouvement religieux, syndicalisme étudiant, militantisme politique ») [Baszanger 1981]. Dans ce cas, ces activités et l'intégration dans ces milieux facilite l'orientation vers une spécialité (la médecine générale) qui est perçue comme permettant le maintien de ces activités, rendant finalement le choix « sans heurts » (c'est-à-dire sans questionnements prolongés, et en alignement avec les attentes de ces étudiants). Le constat n'est pas aussi net pour nos enquêtés, qui sont amenés à envisager différentes spécialités.

1.3.3. S'informer sur une spécialité méconnue

Alors que plusieurs enquêtés déclarent avoir songé à arrêter leurs études de médecine, d'autres ont été amenés à se questionner sur leur futur choix de spécialité, envisageant différentes spécialités, sans pour autant trouver de voie les satisfaisant pleinement. Dans les deux cas, il leur a été nécessaire de chercher d'autres voies possibles. Dans cette quête d'une alternative, la découverte de la santé publique est intervenue de diverses façons : via une connaissance médecin ou interne de santé publique, ou qui envisageait de faire ce choix, via un proche qui avait eu connaissance de l'existence de cette spécialité et avait partagé l'information, ou via des recherches personnelles sur les spécialités existantes.

Il est intéressant de noter que, contrairement à la plupart des spécialités, en majorité hospitalières, les étudiants en médecine ne sont que peu exposés pendant les 6 premières années de leurs études à la pratique de la santé publique et à la rencontre de médecins de santé publique qui pourraient jouer le rôle de modèle. Même si l'impression d'inconnu est présente dans d'autres spécialités, elle est particulièrement forte en médecine du travail et en santé publique [Hardy-Dubernet et Faure 2006], stages rarement ouverts aux étudiants externes comme nous l'avons exposé en introduction. La découverte de la santé publique est donc plus souvent fortuite et moins courante et systématique que celle des autres spécialités, au point que seule une partie des étudiants – très certainement – a réellement connaissance de l'existence de cette spécialité, et cela souvent assez tardivement au cours de leurs études. Nous n'avons d'ailleurs pas connaissance d'étudiants, parmi nos enquêtés ou en dehors, ayant choisi de faire médecine avec pour objectif de s'orienter vers la santé publique. Même les futurs internes ayant

un profil particulier et une appétence déjà marquée pour certains domaines de la santé publique n'avaient pas envisagé initialement cette spécialité. C'est par exemple le cas de Marion, avec une formation initiale d'ingénieur, qui « *veut aller à l'Inpes [Institut national de la prévention et l'éducation pour la santé] faire des campagnes de vaccination contre la rougeole* », mais qui n'avait pourtant pas envisagé initialement s'orienter vers la santé publique lorsqu'elle avait décidé de reprendre des études de médecine.

Face à l'inconnu que représente la médecine de santé publique, la découverte de cette spécialité amène les futurs internes à creuser et à chercher davantage d'informations sur les particularités de cette spécialité. Dans une démarche volontaire, certains étudiants vont donc se renseigner sur la santé publique via différents moyens : recherche d'informations sur internet, lecture ou visionnage de témoignage d'internes ou médecins de santé publique, échanges avec des internes ou des médecins de manière individuelle ou via des moments en groupe, en ligne ou face à face.

Poussant l'exploration un cran plus loin, certains étudiants vont même chercher à expérimenter plus concrètement la santé publique, notamment à travers un stage d'externat. Là encore, cette possibilité relève le plus souvent d'une démarche individuelle proactive de l'étudiant, ce type de stage étant rarement proposé par la faculté au cours du cursus médical.

Pour illustrer cette découverte, prenons l'exemple de Joseph. Celui-ci raconte la manière dont, alors qu'il était en quatrième année et qu'il cherchait une spécialité afin de donner un sens à son travail – il ne s'épanouissait ni dans l'apprentissage de ses cours, ni dans ses stages d'externat –, il a découvert la santé publique et comment il s'est ensuite renseigné :

Et donc je me pose chez moi, je prends mon ordi, je me dis : « Bon [...] tu prends les 50 spécialités, tu les regardes une par une. Déjà tu sépares ce que tu connais et ce que tu connais pas. [...] Et tu prends celles que tu connais pas, que tu connais moins, où tu as jamais été en stage et tout ça, et tu recherches un petit peu, quoi ». [...] Et santé publique, j'en avais jamais entendu parler, mais je me suis dit, bon, le nom sonne bien en vrai. Ça fait très généraliste, ça sonne bien. Et donc je prends mon ordi et je tape « santé publique », je sais plus ce que je tape en premier mais un truc classique. « Qu'est-ce que le métier de santé publique » ou un truc comme ça. Et bon le premier truc sur lequel je tombe c'est un site d'orientation qui est hyper connu, [...] tu sais c'est des fiches métiers qui sont résumées avec toujours pareil les postes, les salaires, les études pour arriver à faire ça et tout ça. Donc je lis un rapide résumé qui doit faire 15-20 lignes. Je me dis « bon pourquoi pas, ça vaut le coup que je cherche un peu plus loin ».

Et je tombe au bout de vraiment très rapidement, j'ai dû faire 2-3 sites en 10-15 minutes avant de tomber sur cette étude [...] qui parlait du devenir des internes de santé publique dans leur pratique... et dans leur métier. [...] Il y avait vraiment de tout, il y avait les échelles de salaire, il y avait les différentes professions qui étaient accessibles après, il y avait une centaine de domaines, enfin c'était un truc hyper varié, et ils disaient qu'on pouvait bosser en administration, dans le privé, à l'hôpital, même avec les armées, repartir derrière sur du droit, faire plein de masters divers en parallèle. Enfin vraiment une pluralité comme ça qui était hyper cool. [...] Je tombe là-dessus, je lis... je lis pas toute la thèse mais je dois lire peut-être une vingtaine ou une trentaine de pages et je me dis : « bah c'est bon, je sais ce que je veux faire. Je ne sais

pas exactement ce que je veux faire mais je sais que la spécialité que je veux faire c'est ça. »

Et donc, après, j'ai un petit peu approfondi l'après-midi même mais, pas des masses. Et c'est plus par la suite où... je revenais un petit peu dessus, je refaisais un petit peu des recherches, j'ai commencé à en parler autour de moi. Bon, bien sûr, en médecine personne ne connaît, mais il y a souvent des gens qui connaissent des gens qui connaissent. Donc on m'oriente un petit peu vers des personnes. [...] A la fin de la quatrième année, [...] je participe à une visio qui est organisée je crois par le CLISP, pour les gens, les sixième année qui viennent de passer le concours, et pour leur présenter la spécialité. Et donc je participe à ça et en participant tout ce que j'entends me conforte dans l'idée que vraiment c'est ce que je veux faire.

Il est intéressant de noter que ce choix semble aligné avec certaines dispositions antérieures, qu'il met plus ou moins en avant. Il souligne ainsi son intérêt pour de nombreuses disciplines en dehors du milieu médical, et son attrait pour la découverte permanente : « *tout ce qui pouvait être socio, philo, psycho, ça pouvait m'intéresser. En fait si je pouvais faire des études toute ma vie, je ferais des études toute ma vie* ». Il justifie également son choix par les nombreuses possibilités – pour les médecins de santé publique – d'évolutions et de changements en cours de carrière, en adéquation avec le fait qu'il se « *lasse assez vite des choses* ». Cette spécialité répond par ailleurs aux critères qu'il s'était fixés au moment du choix de la médecine (« *rester dans le domaine scientifique* », « *pouvoir bouger un peu où je veux quand je veux* », « *ne jamais être exposé au chômage* », « *continuer des études* »), tout en lui permettant d'éviter certaines contraintes de l'exercice médical, notamment en lui laissant notamment l'opportunité de développer d'autres activités en dehors de sa vie professionnelle, lui qui a « *toujours détesté [l]e mode de vie* » de son père urgentiste.

I.3.4. Santé publique : « quand j'ai su que ça existait, tout le reste avait l'air beaucoup moins intéressant »

La découverte de la santé publique et les recherches complémentaires vont permettre à certains des futurs internes d'identifier cette voie comme la porte de sortie qu'ils cherchaient. Il s'agit à minima de s'extraire d'une situation difficile, liée à des expériences très négatives dans le parcours plus classique des études de médecine. Néanmoins, au-delà de cette sortie face à des contraintes et tensions jugées trop fortes, il s'agit également d'une entrée vers une voie perçue comme plus en adéquation avec l'éthos professionnel projeté et les attentes personnelles de ces étudiants.

Ce double mouvement, à la fois de rejet de certains éléments et d'attraits pour d'autres est par exemple illustré par la perception qu'ont certains enquêtés du milieu hospitalier. Comme on l'a vu précédemment, le vécu des stages hospitaliers (lors de l'externat voire de l'internat pour certains) est caractérisé pour plusieurs étudiants enquêtés par des difficultés liées notamment à la forte hiérarchie au sein de l'hôpital, voire à des comportements de maltraitance, ainsi qu'aux dysfonctionnements observés. Ces éléments constituent un repoussoir à un exercice hospitalier pour certains, comme c'est le cas pour de nombreux futurs médecins généralistes [Baszanger 1981]. Ces dysfonctionnements peuvent également participer à la justification du choix de la

santé publique afin d'avoir « *plus de levier d'action, plus de choses à faire pour la transformation du système de santé* ». La spécialité est ainsi vue comme « *une bonne façon de changer le système de santé, enfin d'y participer en tout cas* », chez des internes qui ont « *envie d'aller changer les choses* », en travaillant notamment sur l'organisation des soins ou la prévention.

Différentes caractéristiques de la santé publique participent ainsi au choix de la santé publique par nos enquêtés. Parmi les facteurs de choix les plus fréquemment exprimés par les internes de santé publique interrogés, on retrouve ainsi, comme dans d'autres études, certaines attentes en termes de qualité de vie, la stimulation et curiosité intellectuelle, la diversité des domaines et activités réalisées, les perspectives de carrière (dont la possibilité d'exercice en dehors de l'hôpital, de recherche et d'enseignement), et le travail en équipe [Lefevre et al. 2010 ; Rolland et Bentégeac 2019 ; Valter et al. 2023]. Nous retrouvons ainsi dans ce choix à la fois des facteurs d'ordre privé et d'ordre professionnel, tels que les a décrits Hardy, et que nous avons évoqués précédemment.

Compte tenu des différentes caractéristiques de la spécialité, certains enquêtés expriment, au moment de la découverte de la santé publique, un soulagement de pouvoir se projeter, même de manière très floue, vers une orientation dans laquelle ils espèrent pouvoir s'épanouir davantage, comme en témoigne Pierre : « *enfin j'avais l'impression vraiment d'avoir un truc qui me tentait vraiment* ».

De façon surprenante, pour certains enquêtés, la découverte de la santé publique peut assez rapidement déboucher sur un choix vers cette orientation, sans besoin de le conforter davantage. Vu de l'extérieur, ce choix faiblement étayé peut ressembler à un pari sur l'avenir, faute d'avoir une idée précise de la spécialité. Pour ces étudiants, ce choix apparaît en tout cas suffisamment libérateur ou en adéquation avec leurs attentes pour les convaincre. Même chez les enquêtés faisant la démarche de se renseigner, le véritable choix semble assez précocement entériné pour certains, comme le montre l'exemple de Joseph cité précédemment (qui par la suite a néanmoins cherché à réaliser des stages d'externat en santé publique). Dans le cas de Julie, la santé publique constitue un choix suffisamment intéressant pour qu'elle persiste dans son idée, malgré une rencontre décevante avec des internes de santé publique dans sa ville d'externat (en dehors de Paris) :

Je me rappelle que ça m'avait déçue de pas être emballée. Donc j'avais quand même une volonté personnelle d'être emballée. Donc, il suffisait de pas grand-chose [Rires]. Donc, comme j'ai été déçue de pas avoir été emballée, j'aurais pu me dire : bon bah je ne fais pas, et je reste sur mon idée de médecine générale. Mais non, j'ai quand même voulu investir un peu plus loin. Et du coup, j'ai appelé [un ami intéressé par la santé publique]. [...] Au bout d'une heure, comme j'étais moi-même emballée de base, et qu'il suffisait de pas grand-chose pour m'emballer, euh, je suis pas allée chercher plus loin.

Ces éléments soulignent que le choix de la santé publique n'est pas toujours un arbitrage rationnel entre différents critères bien définis. Il peut également être influencé par des mécanismes d'un autre ordre (impressions, convictions, intuitions, aspirations), sans vérification et confirmation via différentes sources de ces impressions. Ainsi, la simple identification d'un

parcours possible et estimé comme épanouissant semble pour certains enquêtés suffisante pour entraîner le choix de la santé publique.

Certains travaux antérieurs [Hardy-Dubernet et Faure 2006], et certains étudiants et médecins évoquent, au moins pour certains internes, un choix de la santé publique par dépit. La spécialité serait ainsi choisie par des étudiants qui ne l'envisageaient pas, mais ne peuvent pas obtenir la ou les spécialités visées initialement compte tenu de leur classement (facteur de choix lié à la procédure, selon la classification évoquée par Hardy). Nous n'avons pas retrouvé cette situation parmi nos enquêtés, cependant notre échantillon n'est pas représentatif et concerne par ailleurs uniquement les internes de santé publique franciliens. Paris étant l'une des villes les plus rapidement choisies en santé publique, le profil de ces internes peut être différent de celui de l'ensemble des internes de santé publique. Ainsi, moins de 2 % des internes de santé publique franciliens des promotions 2004 à 2018 étaient classés dans le dernier quintile des résultats aux ECN (**Tableau 2**). Au niveau national, en 2021, 85 % des internes ayant choisi la santé publique déclaraient que la santé publique était la spécialité perçue comme idéale au moment du choix [Hurel et al. 2022]. On peut supposer que les 15 % restants correspondraient aux internes ayant choisi la santé publique par dépit, et il serait intéressant de pouvoir interroger des personnes correspondant à ce profil pour comprendre leur situation et les motivations sous-jacentes. Il semble notamment que, pour une partie d'entre eux, le choix de la subdivision ait primé sur le choix de la spécialité. Il peut s'agir par exemple de suivre un internat de santé publique dans sa subdivision d'origine ou pour rester avec son ou sa conjointe, plutôt que choisir une spécialité clinique dans une autre subdivision.

I.3.5. Un choix déviant ?

Le choix de la santé publique, s'il incarne une forme de soulagement voire d'évidence pour certains de nos enquêtés, n'est pour autant pas toujours compris par leur entourage familial, amical et professionnel. D'une part, le métier de médecin de santé publique est peu connu. Tandis que les futurs internes de santé publique se sont renseignés – au moins partiellement – sur cette spécialité, ils se retrouvent confrontés à la méconnaissance de leurs proches. Ils doivent donc tenter d'expliquer le rôle de cette spécialité, alors même qu'ils n'ont pas ou peu eu l'occasion d'expérimenter la pratique de la santé publique et qu'ils en ont encore une vision floue. D'autre part, les motivations du choix de cette spécialité peuvent ne pas être comprises. Certains étudiants n'ont par exemple pas partagé les difficultés qu'ils ont rencontrés au cours de leurs études de médecine. Ils sont également renvoyés à l'éloignement de l'image traditionnelle du médecin, et incarnent une sortie de la voie tracée par les études de médecine vers une spécialisation clinique.

Les futurs internes sont ainsi confrontés à un ensemble de stéréotypes associés à la santé publique, généralement plutôt négatifs (voir sur ce point la description présentée en introduction). Le médecin de santé publique est ainsi relié à une forme de perte du statut de médecin, de déclassement, il n'est plus vraiment médecin. Les internes et médecins de santé publique sont ainsi associés aux moins bien classés aux ECN [Hardy-Dubernet et al. 2001]. Le choix de la santé publique parmi des étudiants bien classés semble tellement surprenant dans le milieu médical que des interviews sont par exemple réalisées auprès d'internes ayant choisi cette

spécialité alors qu'ils avaient un très bon classement⁶⁸. Ainsi, la confrontation à ces différents stéréotypes peut remettre en doute le choix de la spécialité [Valter et al. 2023], accentuée par la déception exprimée par les proches.

Julie, dont les parents ne sont pas médecins :

Peut-être que ma mère était un petit peu déçue, parce que, elle imaginait euh... un médecin généraliste plus classique, donc elle comprenait moins. Mais on en a pas trop, trop discuté. Euh... Après mes, mes amis hors médecine c'était un petit peu plus difficile. Parce que, ils comprenaient vraiment pas ce que c'était. Et du coup j'avais un peu la sensation de perdre le statut qui était certain pour eux depuis très longtemps que Julie allait être médecin. Et que derrière après c'était : mais en fait Julie qu'est ce qu'elle va devenir, qu'est ce qu'elle fait ? Il y a beaucoup de personnes qui ont pensé que je me suis réorientée, que je, que j'allais plus être médecin.

Ces différents éléments contribuent chez certains enquêtés à percevoir le choix de la santé publique comme déviant par rapport au parcours « traditionnel » des étudiants en médecine. Ainsi, les futurs internes de santé publique sont décrits comme « atypiques », « anorma[ux] », « intrus », « étranges », « différent[s] ». J'ai pu retrouver ce type de remarques dans d'autres contextes, certains qualifiants par exemple les médecins de santé publique de « moutons noirs ». Dans le cadre de soirées d'informations à destination des futurs internes de santé publique organisées par le SPI et auxquelles j'ai participé, j'ai également entendu une étudiante décrire son futur choix en indiquant « j'ai l'impression d'être déviante ». Cette marginalisation, intériorisée par les futurs internes de santé publique, fait écho aux travaux de Becker sur la déviance [Becker 1963] et souligne l'écart aux normes partagées par les étudiants en médecine et plus largement par le groupe professionnel des médecins. Un enquêté fait notamment le lien entre ses questionnements sur son orientation sexuelle et sur son choix de spécialité, à contre-courant des normes sociales :

Après je pense que... un truc aussi qui... [...] enfin qui m'a influencé de manière un peu plus indirecte et je sais pas trop à quel point mais euh... [...] enfin pendant longtemps, je me suis posé des questions un peu sur ma sexualité quoi on va dire sur mes attirances et euh... Et des fois je fais un peu un parallèle entre les deux, parce que euh... j'ai l'impression que toute la société, enfin la société, mon environnement familial tout ça, culturellement tu vois, [...] me poussait vers une filière enfin vers une... [Rires] du coup vers un bord on va dire.

1.3.6. Justifier et affirmer son choix

L'image négative renvoyée de la spécialité et l'impression de dévier du parcours classique d'un étudiant en médecine impliquent pour de nombreux enquêtés un travail de mise à distance des

⁶⁸ Voir par exemple :

Un interne heureux en santé publique. 2017. Remede.org ;

Classé 72e aux ECN, il opte pour la santé pub' : "Les gens ont toujours un petit moment d'étonnement". 2019. Egora ;

Lucie, première interne de santé publique 2022. 2022. Remede.org

stéréotypes et de justification de leur choix. Pierre raconte ainsi la manière dont il a dû présenter son choix de spécialité, en détaillant ses motivations et en déconstruisant certains stéréotypes :

J'ai dû expliquer 50 fois ce que je faisais et... en général au début, un peu sur le ton de l'humour je leur demande un peu de deviner ce que je fais et... et je leur fais : « Nan mais le truc le plus improbable, le pire que tu puisses imaginer genre... ». [...] Et du coup après [...] par contre je vais pas dire que je reste sur cette impression... [...] Mais du coup après je me sens obligé de me justifier, je dis pourquoi j'ai fait ça, et au final après, les gens comprennent et tout mais... Mais je parle du fait que – bah un peu ce que je t'ai dit au début, un peu la version raccourcie - que je sais pas ce que je voulais faire, que j'étais intéressé par plein d'autres domaines, que je voulais pas m'hyperspécialiser, [...] que j'avais envie d'évolution au cours de ma carrière... [...] Le problème c'est que en fait pour présenter ça prend du temps, je sais pas, au moins 5-10 minutes tu vois, tu peux pas juste le faire comme ça. Et si tu veux vraiment présenter c'est beaucoup plus long. [...] Je leur explique mon raisonnement de pensée, pourquoi j'en suis venu à penser ça. Parce que effectivement quand on est dans des études de médecine, tu te dis pas naturellement que tu vas faire santé publique... enfin c'est pas le plus classique en tout cas. Les gens ils disent : « mais du coup tu aimes bien la LCA [lecture critique d'article] », enfin voilà tu dis « non c'est pas juste que j'aime bien la LCA ».

Un tel travail de mise à distance est retrouvé chez les internes choisissant des spécialités dépréciées. C'est par exemple le cas pour la médecine générale [Saint-Marc 2011]. Les étudiants s'orientant vers cette spécialité vont développer des justifications permettant de négocier l'image négative associée : mise en avant de l'absence de diversité dans le travail des spécialistes, d'une relation médecin-patient plus épanouissante en médecine générale, ou encore distinction de catégories de professionnels parmi les généralistes.

Ces difficultés ne sont cependant pas systématiquement rencontrées. Dans certains cas, probablement assez rares, le choix de la santé publique peut être valorisé par l'entourage, comme le raconte Stéphanie, dont la famille proche travaille notamment dans le milieu entrepreneurial :

Et dans ma famille et mes amis, ça a été très bien reçu, je trouve. Je pense que ça vient du fait que j'ai pas de médecin dans ma famille, euh... Et en fait la santé publique, finalement, je trouve que ça, ça rapproche de métiers un peu plus "normaux" dans la société entre guillemets. [...] C'est plus proche du monde de l'entreprise, de l'innovation, de l'entrepreneuriat, qui sont des choses qui parlent sans doute plus à ma famille.

On constate dans ce cas que le milieu familial influence la perception de la spécialité de santé publique. Le médecin de santé publique est ainsi vu comme une profession proche d'autres métiers (travail en cabinet de conseil, dans une startup ou encore comme ingénieur par exemple parmi nos enquêtés). On retrouve ce type d'influence par exemple chez des médecins légistes dont la famille proche exerce dans le droit [Juston Morival 2020].

La bascule progressive vers la santé publique et la confirmation du choix ne sont pas toujours – et même rarement – linéaires. L'affirmation de l'orientation se construit à travers des allers-

retours entre différents choix envisagés, avec des hésitations et des doutes. Dans certains cas, il peut même y avoir des « retours en arrière » : la santé publique est envisagée un temps, puis mise de côté au profit d'autres spécialités, et finit par revenir comme un choix possible. Cette bascule est d'autant plus difficile que l'image négative du médecin de santé publique est ancrée dans les esprits au cours des études médicales. La pression sociale des pairs est alors un frein pour envisager la santé publique comme une orientation possible et acceptable [Hurel et al. 2022]. L'hésitation persiste pour certains internes, y compris au moment du choix et après. Ainsi, seuls 29 % des internes ayant choisi la santé publique en 2021 indiquaient que cette spécialité était la seule envisagée au moment du choix [Hurel et al. 2022].

Le cheminement progressif jusqu'au choix de la spécialité est bien illustré par Maxime. Il envisage d'abord l'orientation en santé publique comme une « blague ». Puis, il va être amené à se renseigner davantage par curiosité, d'abord par des recherches personnelles puis en échangeant avec des internes et médecins de santé publique. L'intérêt pour cette spécialité se confirmant, il va l'expérimenter dans un stage, avant d'acter définitivement son choix, non sans difficulté :

Enfin, je... j'osais pas franchir le pas et ça j'ai pris vraiment, je pense plusieurs semaines, plusieurs mois, où je pense que voilà j'arrivais... je sen... tout au fond moi je le savais mais j'arrivais pas à me l'avouer et j'arrivais pas à franchir le pas.

FOCUS SUR MON PARCOURS

Entre hésitations et soulagement, mon choix de la santé publique

Après avoir hésité à changer d'orientation, je me suis dit que ça serait un peu bête d'arrêter médecine maintenant, qu'il valait mieux aller jusqu'au bout, en cherchant une autre spécialité possible. La médecine générale ne me semblait plus envisageable, probablement à cause de la responsabilité quotidienne qu'elle implique, seul face au patient. Et parce qu'en fin de compte je ne m'épanouissais pas tant que ça dans la pratique de la médecine clinique, et j'avais des difficultés à faire face à la maladie et la souffrance des patients.

Journal personnel, 25/08/2017

Je voulais faire médecine pour comprendre le corps humain, pour aider les gens, pour soulager la souffrance. Tout ça n'a pas disparu, mais disons que confronté à la réalité ça ne fait pas le poids. Bien sûr que c'est génial de comprendre le corps humain, mais [...] franchement devoir apprendre tout ça par cœur est loin de me passionner. Aider les gens c'est bien beau, mais je ne me sens pas la force d'aider des gens malades, de faire face à la souffrance au quotidien. Force est de constater que je ne suis pas fait pour ça.

Journal personnel, 28/10/2017

Je vois bien qu'autant sur la partie réflexion autour de l'histoire de la maladie, des examens complémentaires, etc. je prends mon pied, autant sur l'examen

clinique je ne suis pas du tout intéressé. Je pensais que c'était lié au fait qu'il me manque encore pas mal de connaissances, et que par conséquent je ne me sens pas à l'aise. Mais avec le recul, je vois bien que même sur un examen simple, je n'aime simplement pas ça.

J'ai envisagé successivement plusieurs options : biologie médicale, anatomopathologie, radiologie, avec différents avantages identifiés : plus grande distance avec les patients, image plus transversale, non limitée à un seul organe. Ces idées de spécialité étaient attirantes, mais ne me convenait pas tellement. D'une part, ces spécialités ne me paraissait pas assez stimulantes, peut-être trop répétitives, et j'avais l'impression qu'elles ne laissaient pas suffisamment de place à la réflexion. Et d'autre part, obtenir ces spécialités (à l'exception de la biologie médicale) nécessitaient d'avoir un bon voire très bon classement, et je n'étais pas sûr du tout de pouvoir y parvenir au vu de mes résultats. D'ailleurs, je dois reconnaître que je ne me suis pas investi pleinement dans la préparation des ECN. Mon objectif était avant tout d'optimiser mon temps : apprendre le mieux possible sans y passer trop de temps, pour me laisser des disponibilités pour d'autres activités (cours de musique, jardinage, sortie entre amis, etc.).

Journal personnel, 10/09/2017

J'avais évoqué la biologie médicale qui me semble une bonne option. C'est toujours le cas, mais je pense avoir trouvé quelque chose qui pourrait me convenir davantage : l'anatomopathologie. Ça n'est pas forcément ce qui m'a le plus plu au niveau théorique parce que les cours n'étaient pas palpitants. Cependant en pratique je crois que ça peut réellement être intéressant et beaucoup plus stimulant que la biologie médicale, dans laquelle j'ai peur de m'ennuyer très vite. Le problème est que c'est un peu moins accessible que la biologie médicale puisqu'il faut en gros être classé dans les 3000 premiers (en tout cas pour avoir Paris).

Pendant cette période en 5^e et 6^e années, mon choix de spécialité n'était pas stabilisé. Même si la responsabilité vis-à-vis des patients restait une crainte majeure, j'avais malgré tout envie de faire quelque chose d'utile, pour aider directement les gens. J'avais donc cet attrait vers la spécialité d'urgentiste, qui me semblait permettre d'acquérir les compétences pour vraiment aider et même sauver des personnes, malgré la responsabilité importante que cela représentait.

Les deux possibilités, radiologie et médecine d'urgence, sont restées dans ma tête pendant quelques mois. Je pesais les avantages et les inconvénients des deux, mais aucune ne me convenait pleinement. Après réflexion, il ne me semblait finalement pas envisageable de prendre une spécialité clinique. Et l'intérêt des spécialités non cliniques me paraissait assez limité. J'en suis donc arrivé, en reprenant la liste de toutes les spécialités, à me questionner sur la santé publique, au cours du mois février précédant les ECN.

Extrait de mon journal personnel, 19/02/2019

Il reste une dernière option : santé publique. C'est une spécialité que je n'ai jamais vraiment envisagée. A vrai dire je la connais très mal. J'ai une vague représentation de gens derrière leur ordinateur qui font des statistiques toute la journée. Cela dit le but c'est quand même de prendre des décisions pour la santé de la population, ce qui se rapproche quand même de ce que j'aimerais faire dans mon travail, non ? De toute façon j'en sais trop peu pour vraiment y réfléchir. Il va falloir que je me renseigne sérieusement.

Je me suis donc renseigné sur la spécialité via différentes ressources. Même si j'avais du mal à appréhender concrètement les activités que pouvait avoir un médecin de santé publique, j'avais l'impression de me retrouver dans cette spécialité, alignée avec mes attentes (éloignement de la clinique, diversité des domaines et disciplines mobilisées que j'associais à une stimulation intellectuelle importante pour s'y familiariser et faire du lien entre elles) et probablement avec mes socialisations antérieures (ouverture intellectuelle et culturelle pendant l'enfance, découverte en autonomie de domaines comme la programmation informatique durant l'adolescence, expériences positives dans le monde de la recherche lors de mon master 2). La santé publique est devenue à partir de ce moment mon objectif de spécialité. Avec, je crois, une sorte de soulagement d'enfin trouver une voie qui permettait de surmonter les points qui me posaient problèmes, sur la base des représentations que j'avais de la spécialité à ce moment-là, présentées dans l'extrait suivant.

Extrait de mon journal personnel, 27/02/2019

Ces derniers jours j'ai glissé très doucement vers l'idée de la santé publique. Et je me conforte progressivement dans cette option. Même si je n'ai pas encore de projections bien claires en tête, j'ai l'impression que cette spécialité offre des possibilités qui me conviennent parfaitement. Être à l'interface entre la médecine clinique, la recherche, les décisions de santé. Travailler avec les chiffres, les stats en tous sens. Pouvoir faire de la prévention directement au contact des populations ou fureter sur internet pour comparer des études, récupérer des données. Avoir à la fois du temps seul et des collaborations en équipe.

Même si le choix de la santé publique semblait clair dans ma tête, déjà plusieurs mois avant de choisir officiellement la spécialité, j'en ai assez peu parlé autour de moi. C'était plus simple que d'essayer d'exposer toutes les incertitudes qui me traversaient. J'ai probablement dû parler de la santé publique à quelques amis proches dans les semaines avant le choix, sans forcément rentrer dans les détails.

Mon parcours illustre différents points abordés ci-dessus. Ma recherche d'une spécialisation a été motivée par plusieurs éléments positifs ou négatifs, non retrouvés dans les différentes spécialités évoquées successivement : pratique non clinique, à distance des patients, transversale (non limitée à un organe), stimulante intellectuellement, accessible avec un classement « facilement » atteignable, perçue comme utile socialement. La recherche d'une voie répondant à ces différents critères me pousse alors à me renseigner sur la santé publique, spécialité que je n'avais pas considérée jusqu'alors. La santé publique, même si elle figure dans la liste des spécialités existantes, est souvent d'emblée écartée par les étudiants, comme je l'ai moi-même fait.

La découverte de la santé publique a été pour moi très vite suivie d'un intérêt fort pour la spécialité, aboutissant à la confirmation du choix d'orientation, ici en moins de dix jours. Ce choix rapide peut être rapproché du choix faiblement étayé observé chez certains enquêtés. Même sans avoir une idée précise de l'exercice de la médecine de santé publique, les possibilités qui semblaient offertes par la spécialité étaient suffisamment en adéquation avec mes attentes pour que j'arrête mon choix sur la santé publique. Ce choix, malgré les incertitudes qu'il représentait, semblait ainsi être une meilleure option pour moi que de rester dans une voie connue mais non satisfaisante.

I.4. Conclusion

Dans cette première partie, on a ainsi pu voir comment socialisations primaires et secondaires favorisaient chez certains étudiants en médecine le choix de la santé publique. Certains éléments « prédisposants » sont présents (en tout ou partie) chez les personnes enquêtées avant l'entrée en médecine : vision non idéalisée du médecin, ouverture intellectuelle (liée à des voyages, des activités, un milieu familial ou social), intérêt pour différentes approches ou filières non médicales (se traduisant pour certains par des hésitations au moment du choix des études de médecine, voire par une première formation différente). Il ne s'agirait bien sûr pas de facteurs spécifiquement déterminants, mais davantage de conditions de possibilité future. L'arrivée dans les études de médecine met face à face les attentes des étudiants et la réalité de la formation et du métier, telle que perceptible à travers les stages hospitaliers. Parmi les éléments n'entrant pas en adéquation avec les projections, on retrouve chez les étudiants interrogés un mode d'apprentissage peu propice à la réflexion, un intérêt limité dans la pratique clinique, une responsabilité vécue comme trop lourde vis-à-vis des patients, des expériences difficiles et notamment liées à la maltraitance subie en stage. Le désenchantement, s'il est présent chez l'ensemble des étudiants en médecine, semble particulièrement marqué chez certains des futurs internes de santé publique, et creuse un écart de plus en plus marqué entre ces deux groupes.

On peut se demander si pour certains enquêtés, ce décalage ne correspond pas à une forme de socialisation au moins partiellement ratée⁶⁹, en tant qu'étudiant en médecine. De la même

⁶⁹ Nous avons déjà abordé cette notion, qui s'oppose à celle de socialisation réussie, dans la méthode. Il existe par ailleurs tout un continuum entre ces deux extrêmes théoriques. Néanmoins certaines

manière que le décrit Zolesio pour la socialisation ratée d'une interne en chirurgie pour qui « sans l'appétence, les contraintes imposées par le métier s'avèrent trop lourdes pour être supportées durablement » [Zolesio 2009b], les témoignages de certains enquêtés illustrent la difficulté à s'accommoder de caractéristiques des études médicales (travail intense de mémorisation, hiérarchie hospitalière maltraitante, proximité relationnelle et physique avec les patients, etc.) alors même qu'ils ne se projettent pas dans la profession des spécialistes qu'ils rencontrent. Par ailleurs, certaines dispositions jouant un rôle important dans la poursuite de ces études médicales [Saint-Marc 2011] semblent faire défaut chez une partie d'entre eux : intérêt « *monomaniaque* » pour la médecine, « *force* » émotionnelle suffisante, intégration de stratégies de formation conditionnées par l'apprentissage « *par cœur* » (termes issus des entretiens réalisés).

Ces décalages, combinés avec les dispositions antérieures, amènent ces étudiants à considérer que la voie tracée vers le médecin clinicien « traditionnel » n'est plus suffisamment en adéquation avec les attentes et projections personnelles et professionnelles. Ils vont ainsi envisager d'autres voies possibles et se tourner finalement vers la santé publique, qui semble pour eux à même de répondre à différents critères : meilleure préservation de leur qualité de vie, stimulation et curiosité intellectuelle (même si et peut-être parce qu'il s'agit d'une spécialité qu'ils ne connaissent pas encore), diversité des domaines et activités réalisées, perspectives de carrière, travail en équipe, etc. Cette bascule se fait non sans hésitation et questionnement, et nécessite un investissement pour mieux connaître la spécialité, une démarche individuelle active et la construction d'une justification vis-à-vis de ce choix « déviant » aux yeux de leurs pairs et de la population générale, faisant de ces futurs internes des « moutons noirs » de la médecine.

Finalement, le choix de la santé publique est loin d'être anodin, et seuls certains étudiants, à travers leur socialisation primaire et secondaire, peuvent faire ce choix. S'orienter vers cette spécialité nécessite à la fois d'avoir eu l'occasion d'en entendre parler (via une connaissance, un médecin rencontré) ou de la découvrir, mais également avoir des dispositions pour être réceptif à cette possibilité (notamment dans le cadre d'une socialisation d'étudiant en médecine partiellement ratée), et une certaine position sociale (notamment un milieu plus distant ou critique vis-à-vis de la profession médicale) permettant d'affirmer ce choix déviant de la norme, en dépit de la pression sociale de l'entourage et de l'image absente ou négative de la santé publique fréquemment répandue dans le milieu médical et en dehors.

socialisations sont suffisamment « ratées » pour remettre en cause l'intégration au sein d'un monde social, et aboutissent parfois à des changements de trajectoire.

II. Interne de santé publique : une socialisation « hors » de la médecine ?

II.1. « Débarquer » en santé publique

Comme on l'a vu dans la première partie, certains étudiants en médecine font le choix de s'écarter de la pratique clinique classique et de se diriger vers la santé publique. Cette orientation intervient plus ou moins précocement ou tardivement dans le parcours, parfois au dernier moment. Ces étudiants découvrent alors l'internat de santé publique, ses richesses et ses difficultés, et doivent trouver un chemin dans cette spécialité peu connue.

II.1.1. La découverte de nouveaux mondes...

Pour tout étudiant qui vient de passer l'examen classant national (ECN) de 6^e année, le passage du statut d'étudiant en médecine, externe, à celui d'interne constitue un premier élément marquant dans le parcours des futurs médecins. Quelle que soit la spécialité choisie, l'arrivée dans l'internat est marquée par des changements importants : un rythme différent, basé sur l'affectation chaque semestre dans un nouveau stage, une formation de plus en plus centrée sur la pratique et moins sur la théorie, une responsabilité plus importante, illustrée par exemple, pour les internes ayant choisi une spécialité clinique, par la gestion de la maladie des patients hospitalisés (anamnèse, examen clinique, diagnostic, prescriptions, etc.), sous la supervision de médecins séniors. L'exercice en tant que médecin se faisant dans la continuité de l'internat, beaucoup d'auteurs se sont intéressés aux deux premiers cycles des études de médecine (ou à leur équivalent dans d'autres pays), en mettant de côté l'importance du troisième cycle dans la socialisation des futurs médecins [Becker et al. 1961 ; Dubernet 2000 ; Saint-Marc 2011]. Néanmoins, certains auteurs s'y sont intéressés plus spécifiquement, ces dernières années, soulignant les spécificités de cette socialisation [Baszanger 1981 ; Bloy 2014 ; Schepens et Zolesio 2015]. Ces travaux montrent, en particulier, que le contenu et les modalités de socialisation des internes ne sont pas identiques entre les spécialités, et dépendent des « styles d'exercice » et des « visions du monde des soignants », contribuant également à la sélection au sein même de ces différentes spécialités.

Ainsi, au-delà du changement de statut – d'externe à interne – partagé par l'ensemble des médecins en formation, l'entrée dans l'internat de santé publique est marquée par des spécificités propres qui en font un moment particulier pour les futurs médecins de santé publique. En effet, la santé publique est une spécialité peu connue et rarement pratiquée au cours de l'externat : elle occupe une place limitée voire marginale à l'hôpital, où les étudiants font la majorité de leurs stages d'externat et d'internat. Tous les CHU ne disposent pas d'un pôle de santé publique (et beaucoup de ces pôles associent la santé publique à d'autres spécialités) [Ferriot et al. 2021], et seule une partie des services existants accueille des externes en stage. Le début de l'internat de santé publique constitue donc une phase de découverte, dont nous ébaucherons ici les contours et éléments marquants, qui seront ensuite développés dans les parties suivantes. Après avoir décrit cette phase de découverte, nous verrons comment les internes expriment la façon dont ils vivent ces changements.

La découverte porte sur la pratique de nouvelles activités, sollicitant des approches et des disciplines peu voire jamais mobilisées auparavant. En début d'internat, les étudiants se trouvent alors dans une situation où ils ne savent pas concrètement ce qu'ils doivent faire, ni ne disposent des connaissances et des compétences pour réaliser les tâches qui leur sont confiées. Cette découverte des activités est doublée d'une découverte de nouvelles structures extrahospitalières (organismes de recherche, administrations, associations, industries pharmaceutiques, etc.), avec des organisations particulières (notamment concernant les hiérarchies à l'œuvre dans ces structures).

C'est ce que montre le cas de Julie, qui effectue son premier stage dans une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), structure de coordination en soins primaires, sans activités de soins. Elle indique les difficultés qu'elle a rencontrées pour comprendre quelles responsabilités elle pouvait y développer, sans aucun lien avec les responsabilités « cliniques » auxquelles sa socialisation via les stages d'externat l'avait préparée, au contact notamment des internes qui avaient alors quelques années de plus qu'elle. Elle exprime le sentiment d'être démunie, de ne pas savoir ce que la structure attend d'elle.

J'avais vraiment aucune idée de ce que je pouvais apporter à ce type de structure, en ayant les connaissances que j'avais... à l'époque. Et ça c'était perturbant, parce que pendant l'externat, au bout d'un moment tu sais hein, et puis tu imagines aussi ce qu'on te demande en tant qu'interne clinicien. Et là euh, quelles compétences j'avais hors clinique, ça n'avait jamais été exploré auparavant, moi-même j'étais pas au courant.

Les premières semaines de l'internat sont ainsi souvent marquées par une activité réduite ou limitée, sans que l'interne ne comprenne forcément les enjeux des tâches réalisées. Les internes interrogés rapportent avoir souvent eu un rôle relativement passif, d'observateur, ou avoir été amenés à lire des documents ou se former à certains outils (par exemple R⁷⁰, SQL⁷¹, le PMSI⁷², etc.). Cette impression d'inaction est renforcée par le contraste avec l'externat (voire l'internat pour les internes ayant choisi initialement une autre spécialité). Ainsi, dans les expériences précédentes, les étudiants sont habitués en particulier aux activités hospitalières rythmant leur temps de stage : la visite, l'entrée et la sortie de patients, les missions confiées (allant de la réalisation d'un électrocardiogramme à la récupération d'un compte-rendu), l'examen clinique des patients, la rédaction de mots d'observation, la réalisation d'un geste technique, la participation aux gardes, etc. [Baszanger 1981 ; Saint-Marc 2011]. Dans leur premier stage, les internes de santé publique sont confrontés à la disparition de ces activités qui constituent également des repères temporels très rythmés (nous reviendrons sur cet aspect plus loin dans l'analyse). Cette disparition constitue ainsi un élément marquant de leur entrée dans l'internat de santé publique.

⁷⁰ Langage de programmation utilisé notamment pour réaliser des analyses statistiques

⁷¹ Structured Query Language, langage de base de données permettant notamment d'extraire des données à partir de bases

⁷² Programme de médicalisation des systèmes d'information, permettant de décrire l'activité médicale des établissements de santé

II.1.2. ... facilitée par différents éléments...

Face à ces changements, certains éléments viennent faciliter la période de transition entre l'externat et l'internat de santé publique, durant les premières semaines et premiers mois de stages : les co-internes, le choix d'un stage à l'hôpital ou encore une acculturation et une préparation entamées avant l'entrée dans l'internat.

Tout d'abord, les pairs jouent souvent un rôle important dans ce moment de transition. Le nouvel interne de santé publique rencontre les autres internes de sa promotion⁷³, souvent avant même le début du premier stage. Ces rencontres sont l'occasion d'échanger sur cette phase de changement, de partager son vécu, et de cheminer (en partie) ensemble dans la compréhension de ce nouvel univers. Les moments d'échange, qu'ils soient physiques ou à travers des messages, sont l'occasion de partager les questionnements, doutes et difficultés rencontrées au cours des premières semaines de l'internat. Ces échanges se font au sein de la nouvelle promotion, mais également avec les internes de santé publique des promotions supérieures. Ils sont en particulier concentrés lors d'événements organisés par le SPI, l'association des internes de santé publique d'Île-de-France.

L'une des missions du SPI est en effet de renforcer les liens entre internes de santé publique, à travers le parrainage des nouveaux internes, l'organisation d'événements conviviaux (apéros, activités) ou d'échanges autour d'enjeux de santé publique. Une attention particulière est portée à l'accueil des nouveaux internes : réunion de rentrée avec les informations importantes, réunion de présentation des stages, week-end d'intégration, etc.

Alexandra, en fin d'internat, ayant réalisé un droit au remords vers la santé publique après plusieurs semestres en médecine générale

Et du coup, moi quand je suis arrivée en santé publique, comme j'ai contacté le SPI, j'avais été à un apéro de rentrée du SPI, donc je suis rentrée, enfin j'ai intégré le SPI, j'ai été recrutée entre guillemets par le SPI, et ça m'a permis de créer des liens avec des internes, et ça, je pense que ça a été super bénéfique pour moi, ouais. Pour m'intégrer dans la spé, et pour accepter aussi ce changement de spécialité, tu vois.

Ces rencontres donnent l'occasion à quelques internes de rejoindre l'association, ce qui leur permet de découvrir la spécialité au contact de leurs aînés et de leurs pairs, et d'accompagner à leur tour les nouveaux arrivants. Nous reviendrons plus loin sur le rôle de la vie associative dans les processus de socialisation des internes de santé publique.

L'extrait suivant, témoignage d'une nouvelle interne, souligne bien les spécificités parisiennes, liées au nombre d'internes affectés chaque année, qui permet une dynamique collective forte. Néanmoins, malgré les effectifs d'internes plus réduits dans les autres subdivisions, de nombreuses associations existent à travers la France (se reporter à l'introduction). En fonction de leur dynamisme, ces associations peuvent-elles aussi participer à l'accueil des nouveaux internes.

⁷³ En moyenne une quinzaine de nouveaux internes sont affectés en santé publique à Paris chaque année, soit une soixantaine d'internes en cours de formation en simultané, puisque l'internat dure au minimum 4 années.

Stéphanie, interne en premier semestre

Et puis à Paris, on est très bien accueilli [rires] par les plus vieux internes, qui font beaucoup pour nous. Donc ça aide aussi de... de... de rencontrer sa promo, enfin d'être dans des événements qui permettent ces rencontres en tout cas. Et... et je trouve qu'à Paris, ouais, on est proche aussi des internes un peu plus vieux, beaucoup de choses sont organisées pour qu'on les rencontre, et... et ça donne envie de rester dans la spécialité parce qu'on se projette aussi, et on voit tout ce qu'il est possible de faire en si peu de temps pendant l'internat.

Un autre élément mis en avant dans les entretiens comme facilitateur, au cours des premiers mois de transition de l'externat à l'internat de santé publique, est le choix d'un stage dans une structure familière. En effet, les stages de santé publique se font pour partie au sein des hôpitaux, où les externes ont effectué la grande majorité de (voire tous) leurs stages jusque-là. La réalisation d'un premier stage hospitalier permet ainsi aux internes qui font ce choix de rester dans un univers qu'ils connaissent au moins en partie, que ce soit l'environnement physique, l'organisation hiérarchique ou les différents professionnels qu'ils peuvent être amenés à côtoyer. Nous avons d'ailleurs montré dans le cadre du premier volet de cette étude que les stages en établissement public de santé étaient très fréquents durant le premier semestre d'internat, représentant près de la moitié des stages réalisés (**Figure 8**). Au-delà de l'hôpital, d'autres terrains de stage permettent de garder une proximité avec l'univers connu. C'est par exemple le cas des CPTS, surtout pour des internes ayant déjà eu une expérience de la médecine de ville au cours de leur externat. C'est par exemple le cas de Julie :

La CPTS... parce que [...] on m'avait conseillé ce stage, et que c'était en même temps proche des soins libéraux et de ce que je pouvais connaître. Donc c'était assez rassurant de se retrouver dans une structure pas loin de..., de choses que je connaissais. Alors que l'idée d'aller dans des grosses structures dont je ne connaissais rien du tout, me... ça me faisait un peu plus... Ouais, j'ai pas forcément voulu y aller tout de suite comme ça.

Pour d'autres internes, enfin, la rupture entre externat et internat de santé publique est très atténuée voire absente. Ces internes ont en effet eu l'occasion de commencer à s'acculturer aux particularités de la santé publique avant le début de l'internat. Cette situation est notamment retrouvée chez les étudiants qui envisagent de choisir la santé publique comme spécialité assez tôt dans leur parcours (au minimum avant la dernière année d'externat). Cette préparation s'est faite pour plusieurs (Stéphanie, Joseph, Marion) par un stage (souvent de 3-4 mois) de santé publique en tant qu'externe. Bien que très souvent réalisés en milieu hospitalier [Hurel et al. 2022], ces stages sont l'occasion de découvrir les activités réalisées au quotidien par les internes et médecins de cette spécialité. Ils constituent également une première approche des méthodes et disciplines mobilisées en santé publique. Au-delà de l'aspect pratique, certains étudiants ont également été amenés à suivre des cours dans certaines disciplines de la santé publique, ou pour développer des compétences particulières dans une démarche de recherche ou d'évaluation, comme l'analyse statistique avec R par exemple. Jim raconte par exemple comment des formations supplémentaires suivies au cours de l'externat lui ont permis d'être assez rapidement à l'aise au cours de son premier stage d'internat :

Globalement ça s'est relativement bien fait, donc je suis allé [au CHU] dans leur service de santé pub, qui a toute une valence épidémio, méthodo, etc. Comme j'avais déjà quelques notions en stats... Ah oui j'avais aussi quelques notions en R, parce que pendant l'externat j'avais fait toute une formation de data scientist sur DataCamp, une centaine d'heures, etc. qui m'avait aidé pour les projets que j'avais eus ici. Et donc j'arrivais avec déjà des compétences en data management, en analyses, tout ça.

Dans les deux cas (stage d'externat ou formation supplémentaire), cette préparation à l'internat de santé publique repose sur une certaine proactivité de ces futurs internes. En effet, les stages d'externat en santé publique sont peu fréquents voire inexistants dans certaines facultés, et sont souvent réalisés dans le cadre de stages libres, nécessitant une démarche spécifique pour identifier ces terrains de stage, entrer en contact avec eux et obtenir l'autorisation de la faculté. C'est par exemple ce que rapporte Joseph, qui a dû effectuer de telles démarches :

Et on a quelques stages [d'externat] de santé publique. On a hygiène hospitalière [...]. On a un stage de LCA. Et c'est tout. Et on n'a aucun autre stage. [...] Donc euh... non, niveau apprentissage et même niveau stage, la santé publique zéro. Le seul moment où j'en ai eu dans mon stage, c'est pendant les stages d'été. Parce qu' [...] on a un mois de stage d'été obligatoire. Ou à l'hôpital [...], ou alors on peut faire en... hors région, [...]. Et où là on va un peu où on veut. Ou à l'étranger ou en France. Et euh... pendant l'été de la 5^e à la 6^e année, j'ai fait dans le service de prévention et de promotion de la santé de l'hôpital [...]. Mais parce que j'avais fait la démarche d'aller là-dedans. Et euh... l'été de la 6^e année, j'ai fait à l'ARS [...]. Mais à chaque fois j'ai créé le stage.

Le suivi d'une formation supplémentaire en santé publique nécessite également une démarche proactive de la part des étudiants, que cette formation soit suivie en parallèle du cursus médical (identification de la formation, inscription) ou qu'elle soit réalisée lors d'une année de césure (démarche auprès de la faculté). Nous verrons plus tard dans l'analyse que cette notion de proactivité occupe une place importante dans l'internat de santé publique.

II.1.3. ... et plus ou moins bien vécue

Cette période de transition, au cours des premières semaines et premiers mois de stages, est plus ou moins bien vécue par les internes de santé publique. Ainsi, certains internes se sentent « *complètement paumés* », « *nul[s]* », « *novice[s]* », « *vraiment perdu[s]* », avec l'impression de « *débarquer* ». L'écart important entre la socialisation lors des études de médecine et les activités demandées aux internes lors de leur arrivée en santé publique participe en grande partie à ce vécu difficile. Ainsi, l'activité limitée en début d'internat, en lien avec l'acculturation nécessaire à de nouveaux milieux, de nouvelles disciplines et de nouvelles tâches, peut être source de questionnements et doutes, allant pour certains jusqu'à remettre en question le choix de la spécialité.

Adèle, en fin d'internat, à propos de son premier stage, dans un service hospitalier d'information médicale

Et ça change radicalement... [avec les stages d'externat] [...] Là, d'un coup, tu te retrouves assis, tu sais... tu te demandes ce que tu fais euh... et ça a des bons côtés, mais... moi, j'avais l'impression que je faisais rien, en fait. Et du coup, tu te dis "putain, qu'est-ce que je fais de ma vie ?" Voilà, j'étais vraiment pas convaincue.

Pour d'autres enquêtés, au contraire, ces changements peuvent être bienvenus car plus adaptés à leurs attentes, comme en témoigne Gauthier, qui arrive en santé publique après un droit au remords depuis une spécialité chirurgicale :

Et, et là du jour au lendemain j'arrivais dans un... une équipe Inserm où le rythme était beaucoup plus cool, où on ne mettait pas la pression, où je, voilà, j'avais des données à analyser, j'apprenais ça tranquillement, j'essayais de me former, je... Donc ça a été vraiment le changement du tout au tout.

Les différents éléments facilitateurs évoqués ci-dessus vont également permettre une transition « en douceur » face à ces différents changements, limitant le décalage vécu par les nouveaux internes de santé publique.

FOCUS SUR MON PARCOURS

Exemple d'une arrivée facilitée en santé publique

Mon arrivée en santé publique s'est très bien passée, avec un accueil et un accompagnement par les internes de santé publique des autres promotions : prise de contact via Facebook dès la phase des simulations de choix de spécialité, envoi d'informations par emails, réunion et soirée d'accueil, aide pour le choix du premier stage (passage en revue de la liste des stages ouverts avec commentaires des internes y étant déjà passés), parrainage par une interne plus avancée.

Avant le début du premier stage, les premiers contacts avec la santé publique se sont faits via les cours de master 1, intéressants et surtout très diversifiés (droit, économie, épidémiologie, sociologie...).

J'ai débuté mon internat par un stage au réseau Sentinelles, avec une autre co-interne (qui était d'ailleurs ma marraine), ce qui était plutôt rassurant. Par ailleurs, en plus de ma co-interne, l'équipe était composée de nombreuses personnes assez jeunes (étudiants en master, doctorants, jeunes diplômés) ce qui aidait à nouer des liens avec les différentes personnes, et participait à la bonne ambiance du stage. Les changements entre l'externat et l'internat ne m'ont pas déstabilisé plus que ça. J'avais déjà été familiarisé à certaines activités et temporalités de travail lors de mon stage de master 2 (réalisé lors d'une césure entre ma 3^e et ma 4^e année de médecine), et je me retrouvais au début de mon internat dans un stage assez proche de la recherche, donc proche de ce que je connaissais déjà. Les premiers jours voire semaines, il m'a fallu un peu de temps pour trouver ma place, mais

j'avais la chance d'avoir des projets et missions relativement bien cadrés. En particulier, toute une partie des tâches étaient décrites dans des protocoles, ce qui rendait plus facile leur appropriation. J'ai assez vite gagné en autonomie, gérant mon temps de travail, me formant sur certains outils comme R (sur lequel j'ai pu assez rapidement monter en compétences, ayant appris à programmer au cours de mon adolescence).

Extrait de mon journal personnel, 12/11/2019

Depuis début novembre, j'ai [...] commencé mon premier stage d'interne. [...] Pour l'instant je prends mes marques. J'ai lu beaucoup de documents et de procédures pour bien comprendre tout le fonctionnement de la structure, et plus particulièrement dans les domaines dont je vais m'occuper. Mes missions sont centrées sur la surveillance des oreillons, la poursuite d'une étude sur les punaises de lit, l'animation scientifique du réseau. [...] Et il n'est pas impossible que d'autres choses viennent s'ajouter puisque mon encadrant veut vraiment m'impliquer dans plein de secteurs différents.

L'équipe est adorable, tout le monde est très gentil. Ça fait globalement une semaine que je suis là et j'ai sympathisé avec tout le monde. [...] Il y a beaucoup de jeunes, des doctorants, quelques-uns en master 2 a priori. En tout cas l'ambiance est à la fois détendue et travailleuse, j'ai beaucoup de chance pour ce premier stage.

On retrouve à travers mon exemple comment différents éléments ont permis de faciliter la transition entre l'externat et l'internat de santé publique. D'une part, j'ai été accompagné au cours de cette transition par différentes personnes : internes de ma promotion ou plus expérimentés, encadrant, collègues au sein du stage. D'autre part, différentes expériences socialisatrices antérieures m'ont permis de me familiariser à des milieux plus éloignés de la médecine clinique et se rapprochant de certains domaines de la santé publique. C'est en particulier le cas de mon stage de master 2, réalisé au cours d'une année de césure avant mon externat, au sein d'une unité de recherche en neurosciences. Au cours de ces six mois, j'ai été amené à découvrir un univers différent de celui de l'hôpital, avec des activités similaires en partie à celles réalisées au cours de l'internat de santé publique (par exemple, bibliographie, analyse de données), et dans un environnement semblable à celui de mon premier stage d'internat (unité de recherche, avec un travail principalement sur ordinateur).

Il est intéressant de noter que bien que l'un des premiers contacts avec la santé publique soit un master 1 (suivi par la majorité des internes), cet élément est peu voire pas abordé spontanément par les enquêtés. Nous reviendrons sur ce point et la place de la formation théorique au cours de l'internat dans la suite de l'analyse.

Finalement, les différents éléments retrouvés à l'entrée dans l'internat de santé publique (découverte d'un nouvel univers, activités et temporalité différentes de celles rencontrées au cours de l'externat, accompagnement dans le parcours) esquissent les transformations à l'œuvre, et qui vont se poursuivre dans la suite du parcours. Nous les explorerons plus en détails dans les parties suivantes.

II.2. Se socialiser à des savoirs et des pratiques différentes

Par rapport aux deux premiers cycles des études médicales, l'un des éléments majeurs caractérisant l'internat de santé publique est la transformation du travail des étudiants devenus internes, à la fois en termes de contenu (activités réalisées et compétences développées) qu'en termes d'organisation et de conditions de travail (temporalité, liberté d'organisation).

II.2.1. De nouvelles activités

Des activités difficiles à caractériser

Avant de nous intéresser à ce que nous disent les enquêtés de leurs activités, nous décrirons dans un premier temps ce qui est attendu d'eux, d'après le référentiel de formation. L'internat de santé publique est en effet encadré, comme chaque spécialité, par une maquette définissant les conditions de réalisation de cet internat⁷⁴. Celle-ci, dans sa version actuelle, a été construite à par les enseignants universitaires de la spécialité en lien avec des représentants d'internes notamment à partir de l'ancien référentiel, en vigueur jusqu'à la réforme de 2017. Sans lister spécifiquement les activités que peuvent réaliser les internes au cours de leur stage, cette maquette définit les connaissances et compétences à acquérir, au travers de huit modules principaux : biostatistiques ; épidémiologie et méthodes en recherche clinique ; économie de la santé, administration des services de santé, politiques de santé ; promotion de la santé ; informatique biomédicale et e-santé ; gestion de la qualité, gestion des risques et de la sécurité des soins ; sciences humaines et sociales ; environnement et santé. Pour chaque module, différentes connaissances et compétences ont ainsi été identifiées et font partie des objectifs d'acquisition dans le cadre de l'internat de santé publique. Les principales compétences, mises en avant dans la maquette, sont présentées dans l'encadré ci-dessous.

Principales compétences à acquérir dans le cadre du DES de santé publique

Au cours de la phase socle (1^{re} année) :

- réaliser, interpréter et présenter les résultats d'une analyse statistique
- utiliser un logiciel d'analyse statistique
- interpréter les principaux indicateurs d'état de santé

⁷⁴ Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine

- estimer et interpréter les principales mesures de risque et indices diagnostiques
- élaborer un schéma d'étude en fonction de son objectif, avec le meilleur niveau de preuve
- identifier et contrôler les biais d'une étude
- argumenter la causalité d'une relation
- décrire les différentes composantes des systèmes de santé, de soins et protection sociale
- décrire et analyser une politique de santé
- décrire les principaux agrégats des comptes de la santé et leur évolution
- analyser l'état de santé d'une population en fonction de l'ensemble des déterminants de la santé et les principaux leviers d'amélioration
- identifier les populations vulnérables en vue d'une action de promotion de la santé
- mettre en œuvre des actions de prévention individuelle ou collective

Au cours de la phase d'approfondissement (2^e et 3^e années) :

- maîtriser les principes de la protection des données personnelles dans le recueil, l'analyse, et l'échange de données (PMSI ou autres bases de données)
- utiliser différents types de ressources terminologiques pour le codage de l'information en santé
- formuler les étapes de collecte, extraction, hiérarchisation, codage, contrôles interne et externe de l'information médicale (diagnostics et actes)
- expliquer les principes de base du groupage et du chaînage
- appliquer les méthodes de gestion de la qualité (assurance qualité, amélioration continue de la qualité, management par la qualité) de quantification et de gestion des risques infectieux
- mettre en œuvre une action de lutte contre les infections associées aux soins
- mettre en œuvre une action de vigilance (hémovigilance, pharmacovigilance)
- mettre en œuvre le recueil des indicateurs de performance des soins : programmes nationaux (IQSS)
- identifier et analyser les tendances des déterminants sociaux et leurs conséquences sur l'état de santé
- observer, décrire et analyser une organisation
- identifier les principaux types d'études qualitatives dans la littérature
- interpréter les résultats d'une étude fondée sur des méthodes qualitatives
- analyser les facteurs de risques environnementaux et être capable d'en apprécier leurs impacts en santé populationnelle
- participer aux différentes étapes d'un ou plusieurs projets de santé publique en lien avec l'orientation professionnelle de l'interne et avec les connaissances avancées
- rédiger un article conforme aux recommandations d'une revue scientifique ou professionnelle et aux recommandations de communication internationales, le cas échéant

Au cours de la phase de consolidation (4^e année) :

- concevoir, réaliser et interpréter des études à partir de données ad hoc ou de bases de données existantes
- concevoir la mise en œuvre et l'évaluation d'interventions de santé
- maîtriser des méthodes et des outils d'informatique de santé
- comprendre et modéliser des systèmes de soins et de santé
- conduire un ou plusieurs projets de santé publique, adapté au projet professionnel de l'étudiant

Ces compétences permettent d'identifier – plus ou moins facilement – certaines activités que peuvent a priori être amenés à réaliser les internes de santé publique. On peut par exemple citer : analyse statistique, recueil d'indicateurs de performance des soins, lecture et rédaction d'articles scientifiques, conception d'études. Nous verrons par la suite que ces activités et compétences ne couvrent que partiellement celles rapportées par les enquêtés.

Nous pouvons cependant déjà constater la difficulté à identifier et catégoriser ces activités. Celles que nous identifions ici, à travers les compétences listées, reposent sur une construction et une classification mélangeant à la fois disciplines scientifiques (biostatistiques, sciences humaines et sociales), domaines de pratiques (recherche clinique, gestion de la qualité des soins) voire approches thématiques (environnement et santé). Par ailleurs, la maquette semble donner une place prééminente à certaines compétences, et donc potentiellement certaines activités. Ainsi, les deux premiers modules (biostatistiques, et épidémiologie et recherche clinique) rassemblent 31 des 78 compétences listées au sein du référentiel détaillé⁷⁵, tandis que les deux derniers (sciences humaines et sociales, et environnement et santé) n'en comprennent respectivement que 6 et 4.

Au-delà de ce que laisse entrevoir la maquette du DES, il existe différentes façons de décrire et de classifier les activités réalisées. L'Organisation Mondiale de la Santé a identifié des fonctions ou des opérations essentielles de santé publique, selon la finalité visée [Pommier et Grimaud 2007]. Ce cadre a d'ailleurs déjà été employé pour décrire les activités des internes de santé publique [Longchamps et al. 2022]. Cependant, cette classification est tournée vers l'objectif de l'activité et non son contenu précis. Elle ne semblait donc pas pertinente pour faire ressortir l'activité concrète des internes, les tâches qui occupent leurs journées de travail, et pouvait s'avérer difficile à utiliser compte tenu des informations dont nous disposons dans les entretiens.

Une autre manière de classifier l'activité peut s'appuyer sur le lieu de sa réalisation. Les activités des internes peuvent en effet être réalisées dans différents environnements. Tandis qu'une part importante est réalisée au sein du lieu de stage, « dans un bureau », certains internes mettent en avant des actions dites « de terrain », qui peuvent concerner différents types d'activité. Ainsi, des visites ou des entretiens vont relever d'activités de compréhension ou de recueil de données, tandis que des actions de sensibilisation ou de dépistage auprès de certains publics correspondent à des activités d'intervention.

L'activité des internes de santé publique peut également être décrite selon leur degré d'implication, de simple observateur à pleinement responsable. Les activités rapportées sont avant tout celles où l'interne a un rôle actif, plus ou moins important. Cela peut aller de « un peu de participation à d'autres projets » à « des activités avec des projets en propre ». Les activités d'observation sont peu décrites, spontanément, par les enquêtés. Néanmoins, lorsqu'ils décrivent certaines situations, ces activités d'observation ont pu être rapportées de façon plus ou moins explicite. Ainsi, dans le cadre de réunion, Benoît indique : « *et moi, j'étais là, je suivais mais... J'étais passif quoi, j'avais pas vraiment de rôle à part.* ». Alexandra, quant à elle, évoque l'intérêt de ces moments d'observation : « *mais c'était intéressant de voir comment ça fonctionnait, ce qu'ils mettaient en place comme action, quel projet de santé, etc. Parce que*

⁷⁵ Référentiel des objectifs pédagogiques du DES de santé publique, 2016

même si moi, je travaillais sur [un autre sujet], je voyais un peu ce qui se mettait en place à côté, sur les thématiques vaccination, santé sexuelle. »

En pratique, aucune classification claire et partagée ne ressort des entretiens réalisés. La description de ces activités, nouvelles pour les internes, s'avère d'ailleurs difficile pour les enquêtés. Alors que les différentes activités sont plutôt bien identifiées et détachables les unes des autres dans le cadre d'une activité clinique (les consultations, les visites au sein du service, les gestes techniques, les tâches administratives, etc.), isoler spécifiquement chaque activité en santé publique leur semble plus difficile. Ces activités ont en effet, pour les internes, un sens limité prises individuellement : elles s'insèrent dans l'objectif global d'un ou plusieurs projets participant au maintien ou à l'amélioration de la santé de la population. Ce sens individuel limité souligne peut-être un degré d'abstraction plus important en santé publique.

Au-delà de cette première comparaison, il est intéressant de noter que les activités cliniques constituent également les briques d'un objectif global, visant dans ce cas à soigner un individu. Néanmoins, les étudiants ont pu se familiariser à ces activités au cours de la première partie de leurs études, et ces activités, plus opérationnelles, ont un sens partagé par tous les professionnels de santé. L'internat de santé publique marque le passage à de nouvelles activités, reposant sur une variété de professionnels issus de domaines plus ou moins éloignés du monde médical. Tout l'enjeu est donc, au fur et à mesure de l'internat, de comprendre, reconstruire, maîtriser et savoir expliquer le sens de ces activités, et du cadre plus global dans lequel elles s'inscrivent. La première description effectuée par les enquêtés est ainsi avant tout celle du ou des projets sur lesquels ils ont travaillé. Il s'agit ainsi de se repérer dans le champ très large de la santé publique, et de présenter aux autres où on s'y situe.

Un faisceau de tâches variable et protéiforme

Malgré ces limites, en s'intéressant de plus près aux différentes étapes constitutives des projets, plusieurs types d'activité peuvent être identifiées (sans cependant être exhaustif). En l'absence de référentiel univoque et partagé, nous distinguons ici, selon une classification que nous avons établie, des activités directement liées à la gestion de projet, des activités liées à la compréhension d'un sujet, des activités de production de connaissances (incluant le recueil et l'analyse de données) voire de recommandations ou de décisions, et enfin des activités liées à une pratique clinique, que nous détaillons ci-après.

L'organisation de l'activité sous forme de projets, impliquant très souvent un travail en équipe, nécessite un temps et des activités dédiés spécifiquement à la gestion et au suivi de ces projets. Ces activités peuvent prendre différentes formes : planifier un projet, échanger avec des collègues ou d'autres acteurs, organiser ou participer à des réunions. Dans ce cadre, les internes peuvent être amenés à envoyer des courriels, à téléphoner, à rencontrer des personnes physiquement ou par visioconférence. La "réunion" est l'exemple le plus typique de ce type d'activités, en constituant un espace d'interaction en vue de partager de l'information ou de prendre des décisions [De L'Estoile 2015]. Les internes peuvent ainsi assister à des réunions (en tant qu'observateur), y participer activement, voire les organiser, les animer, et en faire le compte-rendu.

Dans le cadre des projets menés, une partie de l'activité est dédiée à la compréhension des sujets de travail. Il s'agit dans ce cadre principalement d'activités de lecture (d'articles scientifiques, de rapports, de presse écrite, etc.), désignée par le terme « *bibliographie* ». L'objectif est de s'approprier un sujet à partir des informations existantes. Cette activité peut contribuer à l'acquisition ou à la construction d'une expertise scientifique et technique. Elle peut prendre la forme de la réalisation d'un état de l'art, dépassant une simple « mise à niveau » des connaissances de l'interne, pour nourrir le projet dans lequel elle s'inscrit, les professionnels encadrant l'interne ayant moins de temps pour réaliser un tel travail.

Une partie de l'activité des internes est centrée autour du recueil et de l'analyse de données. Cela peut concerner tout type de données, avec des modalités de recueil et d'analyse pouvant être très variées. Le recueil peut se faire par la mise en place de questionnaires, par la réalisation d'entretiens, ou encore à partir de données déjà existantes (par exemple issues du Système national des données de santé). L'analyse quant à elle peut être quantitative ou qualitative, et mobiliser différents outils : Microsoft Excel, R, SAS, Stata, etc. Mobilisant des compétences particulières, ces activités sont souvent mises en avant par les enquêtés.

D'autres activités de production sont réalisées par les internes : rédaction de documents de natures variées (rapport, article scientifique, protocole de recherche, note administrative, guide, fiche d'information, etc.), communication orale (présentation lors d'un congrès, d'une réunion, formation et enseignement), actions de santé (dépistage).

Dans certains cas, les internes peuvent également retrouver une activité clinique, notamment sous la forme de consultations, dans un objectif de prévention. Contrairement aux activités précédemment évoquées, ces activités ne concernent pas l'ensemble des internes. Parmi les enquêtés, seuls certains en ont réalisé (Adèle, Julie, Alexandra, Marion, Estelle, Jim).

Enfin, en plus de ces activités réalisées dans le cadre des stages, les internes peuvent suivre des formations ou des séminaires, qui vont leur permettre de mener à bien les autres activités. C'est particulièrement le cas pour les activités d'analyses, notamment statistiques, qui nécessitent d'apprendre à utiliser certains outils ou logiciels.

Les activités retrouvées ici sont cohérentes avec des travaux antérieurs, à visée plus quantitative. Ainsi, en 1985, les principales activités rapportées étaient la participation à une enquête épidémiologique, la réalisation d'un travail informatique, la production de documents écrits, la participation à un travail de recherche, ainsi que la pratique d'une activité clinique (consultations, service hospitalier, service d'urgence, gardes) [Heintzmann et al. 1986]. Un article de 1999 rapporte (partiellement) l'activité des internes de santé publique d'Île-de-France, en mettant en avant la rédaction de rapports et de publications, ainsi que la réalisation de communications orales [Perrillat et Goldberg 1999]. Enfin une enquête menée par le CLISP en 2008-2009 recensait différentes « activités / types de production », les principales étant : présentation orale au sein de l'équipe, rédaction d'un document interne, enquête épidémiologique ou de recherche clinique (incluant le recueil et l'analyse de données), gestion de bases de données, gestion des organisations de soins, veille sanitaire/épidémiologie, publication dans des revues à comité de lecture et présentation de poster en congrès [Alves de Rezende 2010]. Ces différentes enquêtes soulignent à nouveau l'absence de catégorisation consensuelle pour les activités réalisées par les internes de santé publique.

Enfin nous retrouvons, dans ces travaux antérieurs comme dans le discours de nos enquêtés, une prépondérance des activités basées sur une approche quantitative (mobilisant les biostatistiques, l'épidémiologie, l'information médicale) en comparaison aux activités s'appuyant sur une approche plus qualitative. C'est par exemple le cas dans le cadre de l'analyse de données comme l'illustrent les outils mobilisés par les internes. Ces observations sont cohérentes avec la place majeure qu'occupent ces domaines au sein de la maquette comme nous l'avons vu juste avant, mais également parmi les stages réalisés par les internes (**Tableau 7**) et parmi les enseignements dispensés dans le cadre du DES (comme évoqué dans l'introduction).

Réflexion et créativité, le « vrai boulot » des internes de santé publique ?

Ces différentes activités ne sont pas perçues de la même manière par les enquêtés, certaines étant davantage valorisées et appréciées, d'autres se rapprochant au contraire du « sale boulot » [Hughes 1996]. Plusieurs types d'activités peuvent être identifiés dans cette seconde catégorie : bibliographie, recueil de données, envoi de courriels, ou encore participation à des réunions. C'est par exemple ce que nous raconte Gauthier à propos de son premier semestre en santé publique, au sein d'une unité de recherche :

Bon il y avait des trucs un peu plus pénibles. Comme ils avaient... enfin pour cette cohorte, ils appelaient par téléphone des gens qui avaient eu des maladies [...], donc il y avait une partie où il fallait essayer de récupérer des dossiers dans des services en envoyant des faxes. Donc c'est pas très passionnant, mais... une fois par semaine, je faisais ça.

Ces activités sont caractérisées, soit par des tâches répétitives et perçues comme peu stimulantes comme c'est le cas dans cet exemple (nous reviendrons sur cet aspect plus tard), soit par des tâches dont l'utilité n'est pas perçue par les internes, notamment dans le cadre du travail mené. Ainsi, le travail de bibliographie peut par exemple être considéré comme du « sale boulot » lorsqu'il s'agit d'un travail contraint (« on m'a imposé une revue de la littérature »), déconnecté du projet de l'interne, ou dont la place parmi l'ensemble des activités est jugée disproportionnée par rapport aux compétences de l'interne (« Ca a un peu gâché l'expérience là-bas, parce que j'ai fait que une revue de littérature pendant six mois. Voilà quoi, en cinquième semestre, j'attendais à faire un peu plus... »).

Néanmoins cette activité peut également être perçue plus positivement (« ce n'était pas inintéressant ») voire être particulièrement appréciée. C'est notamment le cas lorsque ce travail s'inscrit dans la continuité d'un projet plus large et dont l'objectif est bien défini et compris par l'interne. C'est par exemple ce que nous raconte Marion, lors d'un stage dont le projet principal était d'établir des recommandations de prise en charge à destination des professionnels de santé. Il s'agit pour elle d'un projet dont le sens lui semble particulièrement pertinent, justifiant ainsi de passer un temps important sur une activité de recherche bibliographique :

En fait j'aimais bien le principe [...] : tu travailles, tu fais de la recherche, enfin tu fais de la recherche biblio, tu discutes avec les experts et tu donnes les recommandations. C'est à dire tu facilites la vie, dans l'idée, des professionnels de santé du terrain. Tu leur dis "bon bah vous avez pas le temps de vous mettre à jour, nous on vient à vous". [...] Mais c'était trop bien sur 6 mois, j'ai vraiment eu le temps

de faire quasiment toute la recherche biblio [...], ensuite les groupes de travail où on invite les experts, où on discute, [...] le début de la production. Et j'ai beaucoup aimé.

De la même façon, certaines activités de gestion de projet peuvent être plus ou moins valorisées par les internes selon la pertinence perçue de ces activités. Dans les cas où elles ne sont pas jugées utiles ou pertinentes, ces activités sont ainsi décrites comme « *brass[er] du vent* » ou du « *blabla* ». A l'inverse, lorsque les internes en perçoivent le sens, ces activités deviennent intéressantes, par exemple pour « *voir les partenariats créés* » ou « *pour répondre et avancer* ».

Certaines activités sont appréciées différemment, non pas selon l'utilité perçue au sein du projet, mais selon l'appétence des internes pour certaines activités, liées à des domaines ou des thématiques particulières. Ces appétences peuvent préexister et se confirmer pendant l'internat, ou émerger au cours des stages comme le raconte Benoît, qui souligne le plaisir au quotidien à réaliser certaines tâches, et probablement à maîtriser des outils lui permettant d'analyser des données complexes :

Le premier projet donc, c'était surtout les... sur des données du SNDS. [...] Et, donc ça c'est... j'avais bien aimé, c'était sympa d'apprendre un langage de programmation, etc. Ça bah... c'est le premier truc que je retiendrais, c'est que j'ai bien aimé cette partie-là quoi, la programmation et les données.

A l'inverse, les mêmes activités sont perçues plus négativement par d'autres enquêtés parce qu'elles ne correspondent pas à leurs intérêts. C'est par exemple le cas d'Alexandra, qui est également confrontée à l'analyse de données quantitatives et la manipulation de langage de programmation au cours de son premier stage :

Et en plus, comme j'aimais pas trop les stats et l'épidémio... ça n'a pas aidé. [rires] On va dire. Ça a pas aidé, là quand on m'a mise sur un R, j'étais... "C'est quoi, ce machin ? Est-ce que je vais vraiment devoir faire ça toute ma vie ?" [rires]

On peut constater cette dichotomie entre internes pour plusieurs types d'activité : l'analyse de données quantitatives, comme nous venons de le voir, les activités de prévention, de sensibilisation, au contact de populations, ou encore les activités cliniques. Pour ces différentes activités, les internes peuvent en comprendre l'intérêt, mais les identifient comme des activités pas « faites » pour eux, ou n'ont simplement d'avis tranchés dans le cas d'activités non explorées au cours de l'internat (par exemple les activités qualitatives, moins présentes au cours de l'internat comme nous l'avons évoqué plus tôt).

Enfin, certaines activités sont valorisées plus largement et de façon plus partagée par nos enquêtés. Il s'agit en particulier d'activités de production pouvant être associées à des phases de réflexion. Elles sont décrites comme permettant de « [s]e poser des questions », « prendre le temps de réfléchir », « avoir des idées », « réfléchir à des solutions », avoir « des réflexions ». Dans ces situations, l'activité n'est pas guidée par l'application d'un protocole précis, de recommandations, de méthodes apprises. Elle est au contraire davantage tournée vers la prise de recul, dans des situations d'incertitude où rien n'est standardisé ni prédéfini (renvoyant notamment à la notion de pratique prudentielle [Champy 2012]). Il s'agit alors de s'adapter,

d'arbitrer entre plusieurs possibilités en s'appuyant sur un travail de réflexion voire en mobilisant une forme de créativité⁷⁶, favorisant également le lien entre des domaines et des visions différentes.

Ce type d'activités semble constituer un élément majeur du « vrai boulot » des internes de santé publique, en opposition au « sale boulot », c'est-à-dire respectivement les parties de son activité « que l'on souhaite vivement conserver » et celles « dont on voudrait se débarrasser » [Bidet 2010]. Comme on l'a vu ces jugements dépendent de la pénibilité de ces activités, mais également des intérêts des internes et de leur perception du sens de ces activités, pour leur apprentissage, pour le projet auquel ils participent ou plus largement en termes de sens et d'utilité sociale de ces activités. Pour nos enquêtés, le « vrai boulot » semble en tout cas très lié à la notion de stimulation intellectuelle et au fait de devoir « inventer des solutions » avec une approche transversale pour résoudre certains problèmes, même si, comme l'ont montré les extraits précédents, l'appréciation des activités réalisées au cours de l'internat n'est bien sûr par uniforme parmi les internes.

La valorisation de certaines activités, quelle que soit leur nature, se traduit notamment par un engagement actif dans le travail. Cet engagement souligne un élément que nous retrouverons plus loin dans l'analyse : l'importance de l'implication et de l'initiative personnelle de ces internes, qui dépend souvent de leur parcours, de leurs compétences, des formations réalisées en parallèle et d'un investissement laissé souvent à leur appréciation personnelle dans un cadre peu contraint.

Au-delà de ces constats sur l'internat, il est intéressant de noter que la valorisation de ces activités fait écho à des expériences antérieures vécues par les enquêtés. Certaines caractéristiques des activités appréciées et valorisées semblent ainsi liées aux socialisations primaire et secondaire, que nous avons abordées dans la première partie de ce travail. Ainsi, la valorisation de la réflexion et de la transversalité se fait par contraste avec le vécu des premier et deuxième cycles des études de médecine, durant lesquels les enquêtés ont souligné une déception et une frustration liées à la faible place de celles-ci, comme l'explique Maxime :

Vraiment j'ai mis du temps à comprendre ce qui me plaisait pas dans la médecine, et j'ai fini par identifier que, bon il y a plusieurs facteurs, mais que le principal c'était de pas avoir son apport personnel, de pas, qu'il y ait pas de place pour la créativité... [...] La médecine vers laquelle on tend je pense, c'est que [...] pour un même problème, il y a une prise en charge qui soit à peu près la même... dans un pays ou dans un autre, dans un hôpital ou dans un autre. Donc... voilà, moi je trouvais qu'il y avait un côté un peu contraignant, [...] un peu bridé ou restrictif. [...] C'est le truc que moi je trouvais commun à toutes les spécialités médicales, qui est que, tu reconnais une situation puis ensuite tu rentres dans un algorithme. [...] La partie un peu diagnostic, stimulante tout ça elle était très faible, en tout cas [dans mon internat clinique].

⁷⁶ J'ai pu retrouver cette notion de créativité, abordée explicitement par un seul enquêté dans notre étude, lors d'échanges informels avec des médecins de santé publique ou dans certains témoignages [Nguyen 2024].

Alors que cette première partie de leurs études ne semblait pas alignée sur leurs attentes en termes de stimulation intellectuelle, les activités développées au cours de l'internat semblent à l'inverse retrouver une configuration plus en harmonie avec ces attentes, en partie héritée de leur socialisation primaire (ouverture culturelle et intellectuelle, importance des études supérieures, vision non idéalisée du médecin, attrait pour de multiples sujets). C'est par exemple le cas de Pierre, pour qui la médecine n'était pas un « rêve absolu » et dont l'entourage voit les médecins comme des personnes qui « *apprenne[nt] des tas d'informations par cœur* » et qui pourraient être remplacés par « *des algorithmes qui feraient moins d'erreurs* ». Au cours de son enfance, adolescence et début de vie adulte, il a « *été attiré par plein de sujets* », et a développé un regard admiratif sur « *les gens qui arrivent à avoir une vision d'ensemble [...], qui arrivent à faire des liens* ». Au cours de la première partie de ses études, il ne se retrouve pas dans le mode d'apprentissage (« *les capacités qu'on te demandait c'était une capacité de mémorisation brute, [...] il n'y avait pas de notions qui étaient compliquées à comprendre* ») ni dans les stages réalisés (« *je pourrais pas faire ça toute ma vie* »). En revanche, l'internat de santé publique qu'il découvre (il est en premier semestre) lui permet de retrouver réflexion et transversalité : « *cette vision un peu interconnectée entre les domaines [...] en santé publique je trouve qu'on peut avoir un peu ça, on peut s'ouvrir un peu...* ».

Les expériences socialisatrices antérieures peuvent influencer la perception des activités réalisées durant l'internat sur d'autres aspects. De façon assez évidente, le rapport à la clinique et aux patients durant l'externat contribue pour les internes à l'appréciation des activités cliniques au cours de l'externat. Les enquêtés qui ont peu ou pas ressenti d'éloignement à la clinique au cours de la première partie de leurs études sont ainsi bien plus à même d'apprécier et de valoriser les activités au contact de patients durant l'internat. Cette association est toutefois à nuancer, certains trouvant une manière différente d'exercer la clinique au cours de l'internat de santé publique (par exemple via la prévention), davantage (ou parfois moins) en adéquation avec leurs attentes. Au-delà du vécu de l'externat, la valorisation d'activités cliniques ou s'en rapprochant semble plus fréquente chez les enquêtés s'étant orienté en médecine pour des motivations principalement « humaines ». En revanche, ceux ayant des motivations davantage « scientifiques » (souvent associées à une appétence pour ces matières) semblent plus souvent apprécier les activités d'analyse de données (en particulier quantitatives).

II.2.2. De nouvelles compétences

Des compétences diverses et partagées

Ces différentes activités vont permettre aux internes de développer des compétences, en observant, en se formant et en faisant. Ces compétences couvrent à la fois des savoir-faire, correspondant à un apprentissage plus technique, et des savoir-être, c'est-à-dire des habiletés sociales, notamment autour de la communication et du travail en équipe. Tout comme pour les activités, la description des compétences développées n'est pas évidente pour les enquêtés. Alors même que des compétences sont clairement identifiées dans le référentiel du DES, aucun enquêté n'y a fait allusion. L'identification des compétences nécessite une prise de recul qui n'est pas toujours évidente au quotidien, mais qui est demandée aux internes dans le cadre du mémoire à rendre en fin d'internat pour la validation du DES. Nous nous appuyons donc sur les mémoires des enquêtés dont nous disposons, ainsi que sur l'ensemble des entretiens réalisés.

Nous avons pu identifier deux grands types de compétences : d'une part des compétences techniques, d'autre part des compétences que nous qualifierons de relationnelles. Les compétences techniques développées et identifiées par les internes de santé publique sont notamment centrées autour du recueil et de l'analyse de données. Il s'agit ainsi de pouvoir mettre en place un questionnaire, de manipuler un logiciel d'analyse, ou encore d'utiliser une méthode d'analyse particulière.

Gauthier par exemple, indique notamment avoir acquis des compétences de gestion de projet et d'analyse statistique, en travaillant sur une base de données très large gérée par l'Assurance maladie :

Si j'arrive à faire ça, c'est que j'ai dû acquérir quand même quelques compétences euh... pour l'analyse de... voilà, la conduite d'un projet épidémiologique, de... Alors évidemment moi j'ai surtout travaillé sur le SNDS⁷⁷ tout le temps [...]. Donc c'est une compétence spécifique mais c'est une compétence quand même.

Ce type de compétences est probablement plus facilement identifiable par les internes, car ils peuvent se retrouver rapidement bloqués en l'absence de cet apprentissage spécifique. D'autres savoir-faire sont relevés, comme la rédaction d'un article scientifique ou d'un type de document particulier. Ces compétences soulignent la place prépondérante occupée au cours de l'internat de santé publique par la recherche et la production de connaissances. Ce constat, déjà établi dans des travaux antérieurs, est notamment le reflet de l'offre de stages et d'enseignements au sein du DES de santé publique [Alves de Rezende 2010]. La mise en avant de ces compétences par les enquêtés semble ainsi révélatrice de la place centrale donnée à celles-ci, et constitue une manière pour les internes de se rassurer sur le suivi d'un parcours correspondant aux attendus, même s'ils peuvent (et c'est le cas de Gauthier ici) considérer ces compétences comme très « spécifiques », c'est-à-dire très étroites, centrées sur un aspect particulier et restreint dans le champ large de la santé publique.

En complément de ces compétences techniques, des compétences davantage relationnelles sont identifiées de manière plus ou moins précise. Le terme « soft skills » utilisé par certains enquêtés couvre différentes compétences et connaissances non systématiquement individualisées. Il s'agit bien sûr d'un terme et d'un concept dans l'air du temps [Lamri et al. 2022], et qui répond à des problématiques contemporaines d'organisation du travail qui touchent de nombreux professionnels, dont les professionnels de santé, et notamment ceux qui, comme les internes de santé publique, travaillent sur l'organisation des soins et de la prévention.

Marion, interne en dernier semestre

En termes de compétences Je pense que si, oui oui j'ai progressé... ouais, en gestion de projet, en soft skills, mais aussi les connaissances de la recherche qui vont devenir des compétences sur comment les traduire, comment avancer, comment... ouais si... Mais après je trouve ça hyper dur de faire une liste de...

⁷⁷ Système national des données de santé, base de données rassemblant notamment les données de l'Assurance maladie, des hôpitaux (PMSI), et les causes médicales de décès.

Les compétences développées comprennent la communication orale (prise de parole en public) et écrite (courriels, etc.), le travail en équipe, la gestion d'équipe et de projet, la capacité à développer son réseau, la compréhension du fonctionnement des structures et milieux. Ces « soft skills » sont particulièrement présentes et mises en valeur dans les métiers d'interface et nécessitant des ajustements permanents. Une telle caractérisation semble d'ailleurs tout à fait en adéquation avec la position du médecin de santé publique, mais nous reviendrons sur ce point plus tard dans l'analyse.

Comme le souligne Marion dans l'extrait précédent, l'identification des compétences développées reste malgré tout difficile pour les enquêtés. De surcroît, la progression et le développement de compétences est assez long et étalé dans le temps, ce qui rend les évolutions plus difficilement perceptibles, en particulier en comparaison avec l'apprentissage des compétences cliniques auquel les étudiants ont été habitués. La satisfaction plus faible associée au développement des compétences en santé publique est soulignée par Julie, qui a d'ailleurs fait un droit au remords de la santé publique vers la médecine générale :

Puis c'était très satisfaisant en fait d'arriver dans un stage [clinique] où on apprenait si vite et on pouvait mettre en pratique si rapidement ce qu'on avait appris. Par rapport à la santé publique où c'est beaucoup plus lent et plus sournois, finalement, on apprend des choses, mais on s'en rend compte trois ans après. Là, il y a une... une certaine immédiateté... qui est assez satisfaisante sur le plan plus... personnel quoi, on se sent évoluer.

En comparaison aux compétences cliniques, les internes de santé publique expriment ainsi des difficultés à identifier des compétences acquises au cours de leur internat. Surtout, ces compétences ne leur sont pas spécifiques, propres à leur seule juridiction professionnelle⁷⁸ comme c'est le cas en médecine clinique. Comme on l'a vu pour les « soft skills », les compétences développées par les internes de santé publique sont partagées avec d'autres professionnels. C'est également le cas des compétences techniques comme l'analyse de données, partagée par exemple avec les épidémiologistes, les biostatisticiens ou encore les data scientists⁷⁹. C'est ainsi ce que souligne Estelle, alors même qu'elle a pu être confrontée à cette concurrence avec d'autres professionnels puisqu'elle exerce depuis une dizaine d'années :

On peut très bien être, et d'ailleurs j'en vois tous les jours, des data scientists, des ingénieurs qui ont pas fait des études de médecine et qui sont aussi compétents que moi. Je ne dis pas qu'ils seraient compétents pour faire de la clinique, mais [...] sur des sujets comme les miens, ils comprennent très très bien les enjeux. Il ne faut pas se leurrer.

La spécificité ou non des compétences soulève ainsi des questions sur le positionnement des internes et des médecins de santé publique comme nous le verrons dans la troisième partie de cette analyse.

⁷⁸ La juridiction professionnelle correspond à l'ensemble des tâches revendiquées et contrôlées par une profession [Abbott 1988]

⁷⁹ Experts en science des données

Un apprentissage pas à pas et sur le tas

Ces différentes compétences, évoquées ci-dessus, sont développées par les internes de différentes façons au cours de leur internat. Comme on l'a montré plus haut, l'arrivée dans l'internat s'accompagne d'une montée en charge progressive de l'activité. Alors qu'ils ont initialement l'impression de ne rien faire et doivent lire et se former dans différents domaines, les internes vont progressivement diversifier leurs activités, notamment en explorant des terrains de stages variés.

Au cours des stages, certains internes peuvent être mis en responsabilité sur une partie de leurs missions voire pour gérer un projet. Cette responsabilisation est souvent vue comme une manière d'être « jeté dans le bain ». Elle peut s'accompagner d'une forme de pression compte tenu des responsabilités confiées et de la charge de travail qui peut l'accompagner. Selon les internes et selon les circonstances de cette responsabilisation, celle-ci est plus ou moins bien vécue.

Estelle, médecin de santé publique, à propos d'un stage d'internat

Et là, pour le coup ils m'ont jeté dans la nature. Ils avaient besoin de petites mains pour faire des missions et ils m'ont carrément confié des missions, en fait. Donc moi ça m'allait bien, parce que j'étais hyper autonome et surtout je faisais des trucs hyper intéressants. Après, parfois, je trouvais ça un peu lunaire de m'envoyer seule, faire des missions de réorganisation de services à l'hôpital [...] ou des projets régionaux à la FEHAP [Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés] et je trouvais ça évidemment intéressant. Je travaillais beaucoup, beaucoup, donc je pense qu'ils m'ont bien exploitée.

Cette mise en pratique en étant mis en responsabilité de tout ou partie d'un projet est une occasion d'apprentissage pour les internes. Elle permet d'apprendre en faisant, en pratiquant, « sur le tas ». Certains internes peuvent alors être confrontés à des obstacles, à des difficultés, et doivent apprendre à les surmonter. Cela leur permet ainsi de développer certaines compétences comme l'explique Alexandra :

Mais parce que, bah on te jette un peu dans le bain de "il va falloir faire ce questionnaire, il va falloir mener des entretiens", et en discutant, en lisant d'autres thèses, d'autres rapports, des trucs, enfin des gens qui ont fait... Ou en discutant avec des gens qui ont fait ça, tu arrives à le faire et tu fais...

Plus les internes développent des compétences et s'investissent dans le projet, plus ils ont la sensation de maîtriser le sujet et se sentent à l'aise dans leur travail. Ces éléments participent à une sensation de progression, perçue par certains internes au fur et à mesure de leurs stages.

Alexandra

Mais à la fin [...], j'ai vu comment j'avais progressé. J'ai vu vraiment la différence. Si si, ouais, j'ai vu que j'avais vraiment acquis beaucoup de connaissances... mais inconsciemment en fait, tu vois, sans m'en rendre compte, parce que [...] je comprenais beaucoup plus ce qu'on me demandait. Tu vois j'étais capable de faire des choses que j'aurais été incapable de faire six mois plus tôt.

Dans certains cas, les difficultés rencontrées se transforment en véritable blocage dans le projet. Différents éléments peuvent amener à cette situation. Les difficultés peuvent être liées à la réalisation d'une activité particulière. En l'absence de certaines connaissances ou compétences, certains internes ne parviennent pas à accomplir leur travail. Les raisons mises en avant pour expliquer l'absence de ces savoirs sont le manque d'enseignements préalables sur ce qui est alors qualifié de « bases », ou l'absence d'un encadrement et d'un accompagnement dans la réalisation de ces activités. Les blocages ressentis peuvent également être indépendants du travail des internes. L'avancement des projets repose en effet souvent sur un travail en équipe, et certains internes peuvent se retrouver bloqués en attendant la contribution d'une autre personne. C'est par exemple le cas lorsque les internes attendent la validation de leur travail par une autre personne ou l'obtention de données produites par un collègue, voire par un acteur extérieur à la structure. Adèle raconte ainsi les difficultés rencontrées dans le cadre de son stage de 5^e semestre :

Et donc, ils ont cette grande base de données, mais si tu veux, en fait, même pour extraire déjà, ça a été tout un bordel, parce que, eux-mêmes, en fait, selon les équipes, ils ne... enfin ils font pas les expressions de la même façon [pour l'extraction des données]. [...] Ils utilisaient ça comme ça, mais sans trop savoir. Sauf que, voilà, moi, j'étais plutôt rattachée à eux, donc les gens, plus susceptibles de m'aider, c'était eux, sauf que, eux ne pouvaient pas m'aider parce qu'ils savaient pas du tout comment ça marchait. Donc, j'ai dû pendant des mois négocier avec... mais t'imagines pas la quantité de gens avec qui j'ai parlé, pour, en fait, trouver la vérité de comment extraire les données de cette putain de base, quoi. [Rires]

A l'inverse de la progression ressentie lors du développement de compétences, ces situations de blocage donnent l'impression à certains internes de ne pas être à la hauteur de ce qui est attendu, de ne pas être capables de réaliser les activités demandées. Les blocages peuvent réduire l'activité réalisée par ces internes, qui ont alors l'impression de ne « rien faire », comme lors de leur entrée dans l'internat. Cela contribue alors pour ces internes à une impression de ne pas avancer, de ne pas évoluer, ni dans leur projet, ni dans le développement de compétences, et peut être source de frustration et de colère devant la perte de temps liée aux conditions inadaptées du stage ou de l'encadrement.

Dans l'ensemble, le développement des compétences des internes se fait ainsi pas à pas au cours de l'internat. Lorsque les conditions sont favorables (opportunité dans le stage, encadrement suffisant, absence de blocage), ils acquièrent de nouvelles compétences qui, même s'ils ont du mal à toujours le percevoir, leur permettent progressivement de mener à bien leurs projets de façon autonome. Cet apprentissage se fait majoritairement en stage et sur le tas, questionnant la place et le rôle de la formation théorique dans ce contexte.

Une formation théorique secondaire

Alors que la formation pratique à travers les stages constitue le cœur de l'internat, la formation théorique semble jouer un rôle plutôt secondaire. Cette place réduite est bien sûr liée au changement d'organisation du troisième cycle des études en comparaison à l'externat. Alors que le deuxième cycle est caractérisé par un découpage équilibré entre temps de cours et temps de

stage, l'internat, quelle que soit la spécialité, correspond avant tout à une formation pratique, à quasi temps-plein. Il est ainsi intéressant de noter que la formation théorique est peu évoquée spontanément par les enquêtés lorsqu'ils racontent leur parcours. Lorsqu'elle est discutée, cette thématique est abordée plus tardivement et de façon plus concise.

Même si la formation théorique est, en termes de temps consacré, au second plan par rapport aux stages, celle-ci reste néanmoins indispensable. Elle est ainsi inscrite dans la maquette du DES, notamment dans le cadre d'acquisition de connaissances (listées dans la partie « Enseignements hors stage » de la maquette »)⁸⁰. Ces enseignements correspondent en moyenne à deux demi-journées par semaine, dont une demi-journée en autonomie, et peuvent prendre la forme de cours magistraux ou de formation en e-learning.

En pratique, cette formation théorique peut prendre de nombreuses formes : cours en ligne nationaux préparés par les enseignants universitaires de la spécialité, cours de DES organisés localement, formation diplômante type master ou DU, congrès ou séminaire, etc. Nombreux sont les internes à suivre en particulier un master 1 ou 2 comme le rapportent les différentes enquêtes à ce sujet [Perrillat et Goldberg 1999 ; Alves de Rezende 2010 ; Guerra et Dugué 2018]. Ces formations sont en effet très souvent recommandées par les enseignants de santé publique voire considérées comme « obligatoires »⁸¹ dans le cadre de la validation du DES.

Ainsi, bien qu'elle semble à première vue secondaire, le besoin d'une formation théorique est malgré tout exprimé par les enquêtés. Comme on l'a déjà décrit précédemment, ils arrivent en effet en santé publique avec des savoirs souvent très limités. Les quelques connaissances préalablement acquise et disciplines contributives potentiellement abordées au cours des deux premiers cycles des études de médecine sont bien loin de couvrir les nombreuses disciplines et thématiques avec lesquelles les internes sont familiarisés au fil du DES de santé publique.

Pour combler ces manques, et en accord avec les résultats d'enquêtés évoqués précédemment, les internes rencontrés suivent ou ont suivi différentes formations : master 1 (n=12), master 2 (n=5), diplôme universitaire (DU, n=5), cours de DES (n=6). Les master 1 et master 2 de santé publique mobilisent différentes disciplines scientifiques : statistiques, économie, gestion, droit, épidémiologie, recherche clinique. Les cours de DES évoqués proposent des formations sur des disciplines, approches ou thématiques variées : santé environnement, sociologie de la santé, santé communautaire, santé mondiale, gestion de crise, communication.

Ces formations permettent aux internes de développer certaines connaissances ou compétences. Elles peuvent apporter des éléments de compréhension, sur le fonctionnement du système, sur une thématique spécifique, sur une approche particulière. Adèle indique par exemple que « [*le master*] nous a vraiment appris à comprendre ce qu'on faisait » tandis que Julie souligne que les formations lui ont « apporté des connaissances globales... d'idées de comment

⁸⁰ Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine

⁸¹ Légalement, ces formations ne peuvent être que fortement recommandées, la validation d'un diplôme ne pouvant être conditionnée à l'obtention d'un autre diplôme. Néanmoins, dans les faits, la réalisation d'un master 2 est exigé dans certaines subdivisions.

on peut faire une recherche, une étude » et Jim évoque DU « qui était pas mal pour acquérir quelques notions de droit et d'économie ».

Certaines formations suivies permettent davantage de développer des compétences, par exemple sur la manière de manipuler un outil ou de réaliser une analyse. Gauthier indique ainsi « *avoir appris surtout des compétences pratico-pratiques sur l'analyse de données... [...] On a les mains dans le cambouis, on te file des bases, tu les analyses, on t'apprend des méthodes ».*

Au-delà de la nécessité de se familiariser avec de nouvelles disciplines et approches et d'acquérir des connaissances, d'autres raisons sont évoquées pour justifier le suivi de ces formations. Celles-ci peuvent être réalisées afin de se préparer à son exercice futur, comme l'explique Marion, qui recherche une spécialisation thématique et le développement d'une capacité à enseigner :

Je faisais le DU de santé sexuelle parce que justement, toujours dans cette idée de faire de la recherche en santé sexuelle, en prévention en santé sexuelle, et peut-être faire des consults de sexo dans les CeGIDD [Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles]. Et du coup dans le cadre aussi des cours, peut-être, enfin c'est sûr l'année prochaine normalement je fais le DU de pédagogie aussi.

L'orientation vers certaines formations peut aussi se faire sur la base de conseils reçus de la part de co-internes, d'encadrants ou de responsables pédagogiques. Ces conseils sont parfois affichés ou perçus comme des injonctions fortes voire des obligations comme nous l'avons évoqué précédemment. La formation théorique (notamment sous la forme de master ou DU) est alors vue comme une contrainte, parce qu'« on a pas trop de choix », « à contre-cœur », « puisqu'il le fallait ». La validation du DES nécessite en effet l'acquisition de connaissances dans les 8 modules de la maquette, qui sont vérifiées par l'apport de justificatifs de formation lors des commissions de validation. A défaut d'autres opportunités, nombreux sont les internes à suivre des masters ou DU pour valider ces modules.

Enfin, les cours peuvent également être une opportunité de rencontrer et d'échanger avec des co-internes. Cela constitue parfois une justification en tant que telle pour suivre un cours. Certains enquêtés, comme Alexandra, qui a suivi de nombreux cours de DES, soulèvent en particulier l'importance de ces cours communs afin d'avoir une base partagée par tous les internes :

Les cours, c'est très bien d'en proposer autant, mais en fait, mais mettez-les obligatoires pour tout le monde. Et genre, par exemple, on dit que l'initiation aux méthodes qualitatives, c'est obligatoire pour toutes les phases d'approfondissement. Et comme ça, il n'y a que des phases d'approfondissement. Si il faut le faire sur deux semestres, tu le fais sur deux semestres, mais en fait, tu les rends obligatoires pour tout le monde. Et comme ça, on est tous au même niveau. Et parce qu'en fait, là on a tendance à accepter d'aller aux cours qui nous tentent. Enfin, clairement, moi, les trucs données de santé, bon, je vais peut-être pas y aller, tu vois [rires], j'aurais peut-être d'autres choses à faire de mieux. Enfin tu trouves toujours autres choses. Et donc, en fait, je trouve que de les rendre obligatoires, déjà, c'est une plus-value pour tous les internes. Et ça met tous les internes sur un même pied d'égalité, tu vois.

Cet exemple souligne l'importance, pour certains enquêtés, d'espaces communs entre internes, pour « faire corps », se sentir appartenir à un groupe professionnel. Ceci est d'autant plus vrai que dans la plupart des stages, les internes de santé publique sont isolés de leurs pairs, comme nous le verrons dans la suite de l'analyse.

Malgré ces différents besoins exprimés, les apports de ces formations ne sont pas toujours clairement identifiés, et certains enquêtés rapportent une faible satisfaction quant à la formation théorique proposée. Cette insatisfaction est liée soit à l'absence de cours dans certaines disciplines ou thématiques (nous l'avions évoqué dans l'introduction), soit à des cours jugés non adaptés pour la pratique, en particulier dans le cadre de cours non conçus spécialement pour des internes de santé publique (master, etc.). Certaines notions sont par exemple « *effleuré[es] dans les cours de santé publique, mais vraiment très superficiellement* ». Maxime, interne ayant fait un droit au remords depuis une autre spécialité, explique ainsi :

Sur le plan théorique, je trouve quand même [...] qu'il y a un petit souci de formation initiale en santé publique, enfin je crois que c'est dans tous les DES, c'est juste que, là tu repars quand même complètement de zéro et donc parfois, enfin il y a des prérequis un peu... Il faut être capable toi même de les trouver, de savoir où les chercher, de te motiver. [...] Mais parfois je manque un peu de cette vision d'ensemble, voilà d'avoir la base solide sur les questions de... droit, d'économie de la santé... Je fais le master [master 1 recommandé à l'ensemble des internes de santé publique] et je pense pas que le master réponde tellement à cette question-là...

Par ailleurs, des contraintes peuvent parfois limiter l'accès à ces formations : coût d'inscription (pour les formations indépendantes des cours de DES), difficulté à libérer du temps en stage, nécessité de prendre un semestre en disponibilité pour suivre certains cursus. Ces éléments mis en avant témoignent probablement du choix qui est fait par les internes de prioriser d'autres modalités de formation, et notamment la formation pratique en stage.

Finalement, bien qu'un besoin fort d'apprentissage existe chez les internes de santé publique, celui-ci n'est que partiellement comblé par les formations théoriques suivies. La plupart de ces formations sont décrites par les internes comme peu adaptées aux compétences nécessaires dans les stages, qu'ils apprennent ainsi sur le tas comme nous l'avons vu précédemment.

II.2.3. S'adapter à une nouvelle temporalité et une nouvelle organisation de travail

Que ce soit en termes d'activité ou de développement de compétences, les internes de santé publique sont confrontés à une temporalité et une organisation du travail différentes de celles auxquelles ils avaient été socialisés auparavant. Le fonctionnement « par projet », très présent en santé publique, conditionne fortement l'apprentissage des internes et l'organisation de leur travail.

Une temporalité de travail à repenser

Au cours de la première partie de leurs études, les internes ont été familiarisés lors des stages cliniques à une temporalité de travail alignée sur la prise en charge de patients, dont l'aboutissement (la sortie du patient) intervient en général en quelques heures (aux urgences par exemple), jours voire semaines (dans des prises en charge au long cours). L'arrivée en santé publique est marquée par un changement d'approche (des soins individuels à l'amélioration de la santé d'une population) qui se traduit par un fonctionnement différent, « par projet ».

Ainsi, lors de leur arrivée en stage, les internes de santé publique prennent connaissance d'un projet – qui peut durer des semaines, des mois voire des années – puis y prennent part activement. Ce mode de fonctionnement permet aux internes de travailler sur plusieurs projets en parallèle. Ces différents projets ne sont pas séquentiels mais s'entrecroisent dans le temps. Le temps de travail est alors découpé, réparti entre ces projets, au cours de la journée, de la semaine voire du mois, selon les temporalités et l'avancement au cours du stage. En complément de ces projets, les internes peuvent être sollicités sur d'autres tâches, par exemple pour assister à une réunion indépendante des projets en cours, ou pour répondre à une sollicitation ponctuelle. Ces « événements intercurrents » viennent ponctuer ou compliquer le découpage du travail par projet.

Dans le cadre de ce fonctionnement par projet à plus ou moins long terme, le rythme semestriel imposé par le troisième cycle des études de médecine peut rendre difficile le suivi de ces projets. Tous les 6 mois, les internes changent en effet de terrain de stage, arrêtant l'activité qu'ils avaient jusque-là, pour découvrir et réaliser de nouvelles activités, dans un lieu de stage différent. Ces changements rendent difficile la participation à un projet du début à la fin de sa réalisation, d'autant plus lorsque ces projets dépendent de nombreux acteurs et ne sont pas synchronisés sur le rythme de changement semestriel.

On pourrait s'attendre à ce que, de la même façon que les internes cliniciens arrêtent de s'occuper des patients du service lorsqu'ils changent de stage, les internes de santé publique cessent de travailler sur les projets au moment du changement de stage. C'est cependant loin d'être systématiquement le cas. Dans certains cas, les internes continuent à travailler sur ces projets après la fin du stage, en plus de leurs nouvelles attributions. Ils peuvent ainsi être amenés à continuer un projet sur lequel ils se sont particulièrement investis. Ils peuvent également participer à la valorisation a posteriori du travail réalisé durant le stage, par exemple via la rédaction et la soumission d'un article scientifique.

Marion, à propos de ces derniers semestres d'internat

Je vais re-changer de stage juste pour 6 mois, c'est-à-dire que je vais laisser des trucs dans le tiroir que je vais pas avoir terminés, je vais avoir des trucs à gérer [...] en continuité. [...] Alors c'est souvent ce que j'ai dit, que quand même d'un stage à l'autre, on a des petites casseroles, je pense que [c'est le cas pour] beaucoup d'entre nous. Mais [...] ce que j'ai apprécié c'est d'avoir des projets 'court terme' et des projets 'long terme'. C'est à dire que, les 'long terme', tu sais que tu vas jamais les finir, mais ça fait partie de l'apprentissage. C'est à dire que dans la vie, non, tu ne peux pas avoir que des projets qui durent 3 mois ou 2 mois.

Ainsi, comme on l'a vu, l'appropriation par les internes du travail par projet est mise à mal par l'organisation semestrielle des stages. Les internes doivent alors prendre conscience et éventuellement dépasser cette contradiction intrinsèque. Il s'agit alors de trouver le bon équilibre : aller jusqu'au bout des projets pour se former en vue de son exercice futur, ou en sachant qu'on peut revenir dans la structure plus tard en tant qu'interne ou médecin, sans pour autant accumuler trop de projets au fur et à mesure des stages au risque de se surcharger.

Le changement régulier de stages implique en effet de se réinvestir tous les 6 mois dans un nouveau sujet. Cela demande un travail pour comprendre les enjeux et l'objectif des nouveaux projets, mais également une nouvelle acculturation à un sujet, à l'environnement de travail, au fonctionnement de la structure, aux partenaires impliqués. Ce réinvestissement semestriel représente un vrai coût d'entrée, nécessaire avant de pouvoir pleinement réaliser les activités confiées. Bien que ce changement régulier permette la découverte de nouveaux univers, il peut être perçu comme un frein au développement de compétences pour certains internes, qui peuvent choisir de rester deux fois six mois dans le même terrain de stage afin de poursuivre les projets engagés comme l'explique par exemple Benoît : « Dès le début, je voulais rester un an, [...] pour qu'on te donne un peu plus de responsabilité, etc. C'était quand même plus simple, et... [...] j'ai fait beaucoup plus de choses ». On constate ainsi, parmi les internes de santé publique franciliens des promotions 2004 à 2018, qu'environ un tiers de l'internat a lieu dans des stages où les internes restent 2, 3 voire 4 semestres (**Tableau 7**). Cette stratégie sera rediscutée plus en détails dans la partie consacrée au choix de stages.

L'investissement demandé en début de stage vient ainsi s'additionner aux « casseroles » accumulées, c'est-à-dire aux projets d'anciens stages qui continuent à être suivis. Ces éléments participent à une organisation particulière du temps de travail. Tandis que le rythme à long terme des projets donne une flexibilité dans l'organisation du temps de travail, d'autres facteurs viennent contraindre cette organisation. En particulier, le travail en équipe ou avec d'autres acteurs nécessite de s'adapter aux disponibilités de chacun, par exemple pour l'organisation d'une réunion. Il s'agit ainsi d'apprendre à travailler différemment que lors des stages cliniques, en s'adaptant à de nouvelles contraintes et en construisant progressivement un nouveau rapport au temps et au travail pour ces internes, comme le raconte Marion :

En fait c'est plus que tu commences plein de choses en même temps et le rythme d'un projet est lent, mais ça veut pas dire que... à l'échelle individuelle tu fais rien. C'est plus que tu sais que ce projet-là, [...] non, il faut pas que tu mettes 100 % de ton temps dessus parce que sinon effectivement tu vas avoir des journées où tu fais rien. Donc je pense que c'est plus ça, c'est le rythme d'un projet qui est lent. Maintenant dans ta journée tu fais plusieurs projets, tu ne fais pas du tout rien. [...] Mais par contre c'est vrai que la temporalité, si tu es sur un seul projet, qui est mono-tâche, etc., c'est là où ça peut avoir... ou moi je pense que je peux être frustrée oui d'avoir un truc, où l'avancée ne dépend pas que de toi. [...] Parce qu'en fait y'a trop de choses qui ne dépendent vraiment pas de toi, vraiment pas de toi et de ton équipe. Et que ça je trouve ça... pas difficile à accepter, parce que c'est comme ça... mais juste parfois c'est frustrant, quand tu veux avancer [...] Mais c'est normal la temporalité elle est inhérente à certains projets quoi.

Un rythme quotidien différent

Ces changements de temporalité sur le long terme entraîne également une modification du rythme de travail au quotidien. En clinique, la journée est généralement rythmée par des événements récurrents et quotidiens : les entrées et sorties de patients, la visite et contre-visite, les prescriptions, etc. Ces éléments qui viennent rythmer la journée ne sont pas retrouvés en santé publique, ce qui peut être déstabilisant pour les nouveaux internes. L'une des questions les plus fréquemment posées par les étudiants s'intéressant à la santé publique est ainsi : « quelle est la journée type d'un interne de santé publique ? »⁸². Au-delà de la question du contenu, cette interrogation souligne la socialisation à une organisation quotidienne et répétée. Et les difficultés à répondre à cette question montre au contraire un rythme de travail différent au quotidien en santé publique.

Il s'agit ainsi de sortir d'une organisation du travail à la fois très opérationnelle mais aussi très hachée, centrée autour de la résolution immédiate de multiples problèmes et répondant aux demandes et injonctions de patients, de leur entourage, de collègues médecins, d'infirmiers, etc. à laquelle les étudiants s'étaient accoutumés au cours de leurs stages d'externat. En effet, cette socialisation à l'organisation particulière du travail hospitalier, avec souvent des effectifs contraints, pour répondre à des besoins de patients correspondant à des urgences parfois vitales, ne trouve pas d'utilité en santé publique, ou uniquement dans certains cadres très particuliers comme la gestion de situations sanitaires exceptionnelles.

Ces changements peuvent être plus ou moins bien vécus par les internes. Certains se retrouvent dans un rythme plus adapté à leurs attentes, tandis que pour d'autres, l'inactivité réelle ou ressentie peut être source de difficultés, allant jusqu'à remettre en doute le choix de la spécialité. C'est par exemple ce qu'exprime Adèle à propos de la transition entre son externat et son premier stage de santé publique :

Et ça change radicalement... [avec les stages d'externat] les urgences, par exemple où... [rires] tu fais tout à la minute et t'as le temps d'absolument rien, même pas de pisser en 24 heures. Et là, d'un coup, tu te retrouves assis, tu sais... tu te demandes ce que tu fais euh... et ça a des bons côtés, mais... moi, j'avais l'impression que je faisais rien, en fait. Et du coup, tu te dis "putain, qu'est-ce que je fais de ma vie ?" Voilà, j'étais vraiment pas convaincue.

Au-delà d'un nouveau rythme et une nouvelle organisation du travail, ce changement met face certains internes de santé publique à la question de leur utilité sociale, comme le souligne Adèle ci-dessous ("qu'est-ce que je fais de ma vie ?"). On ressent plus facilement son utilité directe aux urgences, quant on "sauve des vies", mais beaucoup moins dans un travail à distance des patients, et dans un travail d'organisation des soins et de prévention, dont l'efficacité est plus difficile à évaluer. C'est également ce que souligne Marion :

Et je pense que j'aurais eu [...] que du long terme tout le temps, je pense que effectivement j'aurais eu ce côté un peu frustrant. Parce que t'as l'impression du coup tu n'as pas servi. Alors qu'en fait c'est pas vrai, c'est juste que tu ne vois pas le résultat de ce que tu fais. Mais c'est déjà un peu la mise en parallèle entre le clinicien qui à la

⁸² Voir par exemple la foire aux questions du site du SPI

fin de sa journée peut se dire : « Ah j'ai sauvé 24 personnes aujourd'hui », et toi à la fin de ta journée tu te dis : « Ah bah... ». Sauf qu'en fait oui c'est plus... je le dis toujours, c'est plus facile quand t'es un médecin clinicien de te dire que t'aides les gens, que quand t'es un médecin de santé publique où il faut se... enfin c'est... c'est moins... ça demande plus de recul, de se dire : « bah si ça va aider ».

Cette impression d'inactivité, surtout perçue en début d'internat, ne signifie pas pour autant un temps de travail plus réduit : la différence concerne avant tout l'organisation du travail, à laquelle les internes ne sont pas familiarisés au cours de leurs études. Ainsi, différentes enquêtes ont montré que le temps de travail des internes de santé publique est important et similaire à celui d'internes d'autres spécialités : en 2012, le temps de travail hebdomadaire des internes en santé publique était estimé à 56 heures contre 51 à 62 pour les spécialités non chirurgicales (en 2020 : 45 heures pour des extrêmes de 42 à 62) [ISNIH 2012 ; ISNI 2020]. Les différences observées avec certaines spécialités peut s'expliquer notamment par les nombreuses gardes réalisées dans ces spécialités (notamment chirurgicales). La comptabilisation des horaires travaillées est aussi probablement plus difficile en santé publique, où le travail ne s'arrête pas au lieu de stage, et peut se prolonger bien au-delà, dépendant moins d'une prescription des encadrants et d'un rythme imposé par la structure, mais reposant davantage sur un investissement personnel de l'interne, y compris pour se former à de nombreux domaines qu'il découvre. Nous verrons dans la partie suivante les particularités de ce cadre de travail moins clairement délimité.

Trouver ses repères dans un cadre de travail moins clairement délimité

Comme on a commencé à l'apercevoir dans les parties précédentes, l'internat de santé publique se distingue d'autres spécialités par un cadre de travail moins clairement délimité et organisé. Les internes de santé publique disposent ainsi d'une certaine liberté d'organisation de leur temps de travail, qui se traduit de différentes manières.

Celle-ci permet par exemple de consacrer une partie du temps du stage à des cours ou des formations. Règlementairement, les internes, quelle que soit leur spécialité, disposent en effet de deux demi-journées de formation par semaine. En pratique, ces temps de formation sont rarement pris dans la plupart des spécialités, où la pression du soin et l'organisation du travail hospitalier ne le permettent pas. Seuls les internes de quelques spécialités, dont ceux de santé publique, bénéficient effectivement de ces deux demi-journées [ISNIH 2012 ; ISNI 2014]. Ces temps de formation ne sont cependant pas fléchés vers des cours spécifiques, et c'est à chaque interne de choisir la façon dont il se saisit de ces possibilités, comme nous l'avons vu précédemment.

Cette flexibilité, et la manière dont elle peut être saisie, en s'accommodant par ailleurs des contraintes existantes (par exemple liées au changement semestriel de stage), sont bien visibles dans l'exemple de Jim. Celui-ci explique qu'il a négocié avec son responsable de stage afin d'effectuer 2 stages consécutifs de 6 mois dans son service de santé publique hospitalier en CHU, en échange de son autorisation d'être absent deux jours par semaine, lors des 6 premiers mois, pour suivre en parallèle une formation en master 2 de santé publique :

Mais ce qui était intéressant par rapport à ça, donc une année [au CHU] parce que : deal master 2 [...], deux jours par semaine pendant les six premiers mois de cours,

etc. donc on s'était dit : je reste un an. [...] En un an j'ai pu faire pas mal de projets, à des degrés divers et variés, aussi bien de la rédaction de questionnaire, de l'analyse de données, de la rédaction de mémoire et d'articles, la participation à d'autres articles, etc., la participation à beaucoup de staffs stats méthodo – ça c'était pas mal –, des IRB⁸³ pour l'aspect éthique. Donc ça m'a donné quand même pas mal de choses.

Cette liberté d'organisation de son temps est accentuée par la possibilité de télétravailler. Alors que cette modalité est totalement absente durant les deux premiers cycles des études de médecine, et pour la plupart des internes et médecins en exercice qui soignent des patients, les internes de santé publique bénéficient dans de nombreuses structures de la possibilité de faire du télétravail, un voire plusieurs jours par semaine. Cette modalité, même si elle s'est largement développée depuis la pandémie de covid, existait déjà avant, et est utilisée aussi bien par les internes que par leurs encadrants. Nous verrons d'ailleurs par la suite que le télétravail limite pour les internes la formation par les pairs sur leurs lieux de stages. Cette modalité de travail offre en tout cas une option de plus afin d'organiser son travail et son rythme selon ses souhaits.

Cette nouvelle liberté, par rapport à la pratique clinique connue des étudiants en médecine, a cependant des inconvénients, qui peuvent se ressentir pour certains internes. L'absence de cadre imposé, de rythme quotidien précis, peut les déstabiliser. Certains expriment en effet avoir du mal à s'approprier cette autonomie et à gérer par eux-mêmes l'organisation de leur temps de travail. Les internes doivent ainsi prendre conscience de la nécessité de se fixer eux-mêmes un cadre, et de se donner une impulsion, en l'absence de moments imposés rythmant la journée.

Par ailleurs, ce mode de fonctionnement vient brouiller la limite entre temps professionnel et temps personnel. L'absence de coupure nette s'exprime sur deux plans. Elle est tout d'abord temporelle : le travail ne s'arrête pas aux heures de travail habituelles mais peut se poursuivre en dehors, le soir et le week-end, lorsque la charge de travail est importante ou lorsque l'interne poursuit des projets commencés dans un stage précédent. L'absence de coupure est également physique, que cela soit via le télétravail, ou via la poursuite d'une activité chez soi le soir ou le week-end. Là encore, la différence avec le mode d'organisation en pratique clinique est soulignée par certains enquêtés, comme Maxime, qui a réalisé un droit au remords depuis une spécialité médicale. Il insiste sur la différence de rythme entre ses stages cliniques et ses stages en santé publique, notamment sur l'absence de coupure nette en santé publique :

Là, pour le coup, bah j'ai l'impression d'avoir un peu perdu au change, pour l'instant, en tout cas, mais... [...] Et ce truc de, tu sors de l'hôpital, c'est fini [...]. Ça, c'est un truc génial qui est que t'arrives, ça commence à, je sais pas, à 8 heures, tu sors à 18 heures, 17 heures, c'est fini, quoi. Sauf si la dernière intervention, un patient est mort, enfin je veux dire ce qui est rarissime [...]. Et donc, euh, c'est très, très... enfin, par créneau, enfin comme les urgences, par je sais pas comment on dit, shift, enfin tu vois. Et t'as ce truc-là hyper agréable, hyper confortable parce que moi j'ai du mal à m'organiser, et là le truc le fait pour toi.

⁸³ Institutional Review Board, comité d'évaluation éthique

Ces conditions de travail, propres à l'internat de santé publique en comparaison à la plupart des autres spécialités, nécessitent donc un apprentissage et une adaptation de la part des internes. Il est intéressant de noter que ce mode de fonctionnement, en s'éloignant de la médecine clinique, se rapproche davantage d'un certain nombre de métiers dits « de bureau ». Ce rapprochement est d'ailleurs fait spontanément par certains enquêtés comme Stéphanie, issue d'une famille éloignée du milieu médical :

La santé publique, finalement, se rattache davantage à des professions plus classiques, euh... C'est plus proche du monde de l'entreprise, de l'innovation, de l'entrepreneuriat.

Au-delà d'un travail « de bureau », que l'on pourrait voir comme une forme de « tertiarisation » accrue du travail médical, le rapport au travail se rapproche plus spécifiquement de celui du statut du cadre, marqué à la fois par une autonomie et une responsabilité importantes. Les conditions et modes de travail et d'organisation des internes de santé publique sont ainsi similaires à ceux d'autres métiers ou professions, pour lesquels ces caractéristiques paraissent plus banales (cadre supérieur, ingénieur, chercheur, etc.) [Ganault 2022]. Néanmoins, elles représentent un changement important pour les internes, socialisés au fonctionnement de l'hôpital. L'adaptation à ces nouvelles activités, temporalités et organisations constitue donc un enjeu majeur au cours de l'internat de santé publique.

II.3. Construire son parcours : du choix de stages au choix d'une orientation

L'internat de santé publique correspond à l'entrée dans un nouveau monde à plus d'un titre. Comme nous venons de le montrer, les internes de santé publique doivent se familiariser à de nouvelles formes de travail, en termes d'activités, de compétences associées, de temporalités et de modes de fonctionnement. Il s'agit plus globalement de la découverte de nouveaux univers aux perspectives variées. Alors que les premier et deuxième cycles des études de médecine ont dessiné pour les étudiants des voies assez restreintes et balisées en termes d'orientation possible, le choix de la santé publique « *réouvr[e] [un] panel de choix* » dans des domaines de pratiques très variés et généralement inconnus des étudiants. L'internat de santé publique nécessite ainsi d'appréhender de nouveaux éléments afin de construire son parcours. Cela passe en premier lieu par les choix de stages, ces stages constituant comme on l'a vu un élément majeur dans le développement professionnel des internes de santé publique.

II.3.1. Choisir ses stages : un arbitrage qui se rejoue à chaque semestre

Comme c'est le cas pour de nombreux aspects du DES de santé publique, les internes bénéficient d'une grande liberté dans le choix des stages qui constituent progressivement leur parcours. Certaines contraintes existent bien sûr, mais de nombreuses motivations différentes peuvent influencer ces choix.

Choix contraints ? Des arbitrages au sein d'un cadre faible mais présent

Les choix de stage, même s'ils bénéficient d'un cadre assez souple, ne sont pas totalement libres. Certaines contraintes – réelles ou ressenties – existent et viennent influencer le choix de manière négative (contrainte de la maquette, offre de stages, manque de légitimité) ou plus positive (recommandations plus ou moins fortes, volonté de poursuivre un travail engagé).

Les contraintes les plus notables sont bien sûr celles imposées par la maquette de santé publique⁸⁴. Il s'agit tout d'abord de l'offre de stages disponible. Les stages ouverts au choix des internes doivent en effet être agréés, selon certains critères (encadrement, projet pédagogique, etc.), variables selon les phases de l'internat (socle, approfondissement et consolidation). Ainsi, l'offre de stages en phase socle est la moins diversifiée : l'agrément des stages doit en effet prendre en compte l'encadrement par un « enseignant de la spécialité ». Au contraire, en phase de consolidation, l'encadrement est élargi aux « professionnels de santé publique ». L'offre de stages disponibles reste toutefois assez souple, le SPI voire certains internes individuellement contribuant à faire ouvrir de nouveaux terrains de stage, comme le raconte Maude : « *Je l'avais contacté [le responsable du terrain de stage], il était d'accord pour prendre un interne, faire agréer le terrain de stage* ».

Les stages disponibles au choix des internes sont également dépendant de leur classement au sein de la promotion d'internes (lié principalement à leur rang de classement aux ECN). Les internes en fin de classement ont ainsi un choix plus limité. Ce choix reste cependant assez large⁸⁵, et aucun enquêté n'a évoqué cette contrainte dans le cadre de ses choix de stage. Par ailleurs, le nombre d'internes en formation étant relativement faible (en moyenne une soixantaine simultanément), les internes peuvent discuter et s'entendre entre eux afin de « réserver » certains stages pour le choix qui vient voire pour le suivant⁸⁶.

Cette contrainte ne s'applique par ailleurs pas aux stages en phase de consolidation, dont le choix s'effectue par une méthode d'appariement entre les choix des internes et les terrains de stage. Cette méthode, imposée à l'ensemble des spécialités pour cette phase, ne change pas fondamentalement le déroulement des choix en santé publique. Les internes appliquent ainsi des stratégies similaires, en contactant directement les encadrants et en s'appuyant sur une entente mutuelle entre internes pour s'assurer d'obtenir leur choix.

Enfin, d'autres contraintes spécifiques existent au sein de la maquette du DES :

- la réalisation d'un stage « portant sur l'utilisation de méthodes quantitatives (épidémiologie et biostatistique) » au cours de la première année ;
- la réalisation d'au moins un semestre dans un lieu de stage avec encadrement universitaire ;

⁸⁴ Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine

⁸⁵ En Île-de-France, en moyenne, deux fois plus de terrains de stage sont proposés au choix que d'internes en formation.

⁸⁶ Ces stratégies n'ont pas été directement rapportées par les enquêtés. Il s'agit cependant de pratiques courantes auxquelles j'ai assisté à de nombreuses reprises durant mon internat.

- la réalisation d'au moins deux semestres dans un lieu de stage sans encadrement universitaire.

Les deux dernières sont suffisamment souples pour s'intégrer facilement dans le parcours des internes, surtout lorsqu'il existe une volonté de diversifier les lieux de stage, comme nous le verrons par la suite. La première obligation est en revanche davantage perçue comme une contrainte, à laquelle les internes s'adaptent différemment. Certains parviennent à s'en extraire comme Alexandra, qui réalise un droit au remords depuis la médecine générale en ayant déjà validé deux semestres, ce qui lui permet de commencer son internat de santé publique en deuxième année et d'éviter le « *stage quanti* » :

Quand je suis arrivée en droit au remords, [on] m'a validé mes deux premiers semestres d'internat de médecine générale. [...] C'était un choix de ma part aussi. [...] J'ai quand même perdu deux stages [...] Après, c'était deux semestres de phase socle, peut-être que j'aurais fait un an d'épidémio parce qu'il faut faire de l'épidémio et que ça, j'aurais pas aimé...

Cet extrait souligne également la contrainte liée au nombre limité de stages à réaliser (réduit par ailleurs ici compte tenu du droit au remords réalisé), qui impose de faire des choix, et ne permet pas d'explorer l'ensemble du champ de la santé publique, comme nous le verrons un peu plus loin dans l'analyse.

D'autres limitations sont également imposées par certains internes eux-mêmes. En effet, un interne peut ne pas se sentir « *légitime* » pour aller dans un stage, en particulier en début d'internat. Adèle par exemple a l'impression que certaines compétences ou une expérience antérieure constituent un prérequis nécessaire au choix de ces stages, et regrette a posteriori de ne pas les avoir choisis.

Et avec le recul, je me dis "putain, mais je voulais faire ça, je voulais faire ça à la base, pourquoi j'ai pas fait ça ?" Je crois que j'avais peur aussi. Il y a pas mal de stages où je me suis dit "mais ça, j'ai pas le niveau". Typiquement, attend, sur quel stage je m'étais dit ça ? Bah, [un cabinet de conseil], tu vois typiquement... ou un autre cabinet de conseil [...], ça je voulais le faire, mais je ne m'étais pas sentie à la hauteur. Je pense que ça... c'était ouvert quand j'étais en 3ème semestre, je me suis dit "non, mais... j'ai pas du tout la capacité de faire ça, et...". Ou même [une structure internationale], je voulais passer à [cette structure], mais je me suis dit "ouais, j'ai pas un assez bon niveau d'anglais", alors que je pense que je me serai démerdée, tu vois, mais... il y a pas mal de stages comme ça, où je me suis dit "non, mais..." Je me suis un peu auto-sabotée, je crois, sur certains aspects.

Cet extrait permet de mettre en lumière différents éléments. D'une part, il est intéressant de noter que nous n'avons retrouvé cette auto-censure dans le choix de stages, liée à un certain niveau d'exigence auto-imposé, que chez des enquêtées femmes. Ce manque de légitimité perçue par les femmes peut être retrouvé dans d'autres milieux professionnels, en particulier lorsque ceux-ci sont davantage occupés par des hommes : entrepreneuriat, chirurgie, politique, instances dirigeantes, etc. [Bercot 2015 ; Pailot et al. 2015 ; Boussard et Del Peso 2020]. Il repose ainsi probablement sur l'intériorisation de certaines normes sociales sur le rôle et la place des femmes

dans la société, et de certaines dispositions particulières, intégrées au cours des socialisations antérieures. Même si, comme on l'a vu dans notre analyse quantitative, les femmes représentent environ la moitié des internes de santé publique, la santé publique reste, après la chirurgie, l'une des spécialités les moins féminisées [Anguis 2017].

D'autre part, de nombreux internes de santé publique – quel que soit leur genre – semblent s'imposer un certain niveau d'exigence dans leur travail. Les entretiens réalisés ne permettent pas spécifiquement d'analyser beaucoup plus loin l'origine de ces exigences. On peut cependant faire l'hypothèse qu'il s'agit de dispositions héritées notamment de leur socialisation secondaire. Les études de médecine requièrent en effet de s'astreindre à atteindre un niveau élevé, que cela soit pour passer le concours de première année, pour obtenir un classement aux ECN jugé comme suffisamment bon, sous la pression de leurs pairs et de leurs enseignants, mais également pour être en mesure d'apporter satisfaction dans le cadre de leurs stages d'externat.

Certains facteurs peuvent être considéré à la fois comme une contrainte et une motivation au choix de stage. C'est en particulier le cas du fait de retourner dans un stage déjà connu, soit immédiatement, en « doublant » le stage, soit plus tard dans le parcours. Un tel choix peut-être lié à des contraintes perçues, comme la nécessité de finir un travail particulier (soulignant à niveau une certaine exigence que s'impose certains internes), ou le coût et l'investissement que représente le changement de stage tous les six mois comme en témoigne Marion à propos de son dernier choix de stage :

Alors initialement j'aurais bien aimé peut-être changer de deuxième stage, et en fait j'ai vraiment eu la flemme [...] de me dire : [...] je vais laisser des trucs [...] que je vais pas avoir terminés [...]. J'étais là en fait : oui c'est cohérent d'un point de vue... pour voir d'autres choses [...]. Et à la fois j'étais là : en fait ça va me demander trop d'investissement pour... [...] enfin je pense que ça aurait été très intéressant - mais je suis pas sûre d'avoir l'énergie pour re-changer de stage pour 6 mois voilà.

Reprendre ou poursuivre un stage déjà connu peut cependant être porté par d'autres motivations, comme la volonté de profiter de l'encadrement jugé positivement ou de poursuivre l'acquisition de certaines compétences en ayant davantage de responsabilités.

Enfin, sans constituer une contrainte réelle, les conseils, recommandations et incitations des encadrants et des enseignants peuvent orienter le choix de certains stages. L'ensemble des internes passent en effet devant une commission de validation⁸⁷ à la fin de chacune de leur phase (soit en fin de première, troisième et quatrième années d'internat). Au cours de ces commissions, ils présentent leur parcours réalisé jusqu'à maintenant, et les perspectives envisagées, notamment en termes de prochains choix de stage. Dans ce cadre, les enseignants émettent des avis sur ces potentiels choix et expriment ainsi certaines règles à suivre pour réaliser un « bon » internat de santé publique. Même si elles ne sont pas toujours suivies, ces contraintes plus ou moins implicites participent aux choix d'orientation des internes comme nous le verrons lorsque nous aborderons la construction globale du parcours durant l'internat.

⁸⁷ La commission de validation est notamment composée du coordinateur et de différents enseignants de la spécialité.

Des choix orientés par de multiples facteurs

Ces contraintes, mêmes si elles sont bien présentes, laissent une marge de manœuvre importante aux internes dans le choix de leurs stages. Différents facteurs vont donc participer à ces choix face à une offre large⁸⁸. L'une des motivations exprimées par les internes dans le choix des terrains de stage concerne le contenu du stage (thématique ou domaine abordé, activité réalisée au sein du stage) ou plus largement la structure et l'univers dans lesquels celui-ci se déroule.

Le choix par intérêt thématique ou disciplinaire est souvent mis en avant par les enquêtés, quel que soit leurs domaines d'intérêt. On retrouve à nouveau ici, comme dans la maquette du DES, un mélange des approches. Ainsi, certains internes vont s'orienter vers un stage par intérêt pour une discipline particulière (épidémiologie, sciences humaines et sociales, économie), d'autres pour une thématique (environnement, innovation, organisation du système de santé) ou encore pour un domaine de pratiques (promotion de la santé, politiques de santé, santé mondiale, informatique, recherche). Il est intéressant de noter que l'attrait pour ces domaines peut exister avant l'entrée dans le DES de santé publique ou émerger au cours de l'internat. Le choix de stage dans un domaine particulier permet ainsi d'explorer une thématique plus éloignée à première vue ou de confirmer une appétence préexistante. C'est par exemple le cas pour Gauthier dont le choix des stages est guidé par son attrait pour l'épidémiologie, qui préexistait à son choix de la santé publique :

Mais c'est vrai que comme... moi j'avais l'appétence pour la recherche et... et l'épidémiologie, j'ai quasiment choisi que des projets d'épidémiologie qui étaient, qui étaient cool, quoi.

Le choix peut également être motivé par les activités proposées au cours du stage. Les internes ont en effet accès à des fiches de poste⁸⁹ décrivant les activités et projets réalisables au cours du semestre, et peuvent également échanger avec les encadrants en amont du stage. Ainsi, les internes orientent certains choix de stages en fonction de ce qu'ils pourront faire : « avoir une partie clinique », « voir un peu un truc plus pratique », « bosser sur l'évaluation d'un programme », « faire le SNDS⁹⁰ ». Ce choix en fonction de l'activité se fait également avec pour objectif de développer des compétences en regard comme le précise Maude : « il faut prendre chaque stage pour essayer de monter un petit peu en compétences ». Le choix peut ainsi se porter sur des stages proposant des activités non réalisées jusqu'à présent dans le parcours, afin d'enrichir ses savoir-faire.

Enfin, certains internes peuvent être intéressés par le stage non pour les activités proposées ou la thématique abordées, mais pour ce qu'il donne à voir du fonctionnement d'une structure, d'un milieu particulier, « de voir comment fonctionnent les acteurs entre eux ». Par exemple, Maxime

⁸⁸ Plus de 170 stages agréés en 2024 (voir les résultats du premier volet)

⁸⁹ Le SPI organise chaque semestre, auprès des terrains de stage, la collecte de fiches de poste qui décrivent notamment les projets et activités proposés aux internes et sur lesquels ils pourront travailler. Ces fiches sont ensuite diffusées aux internes en amont des choix de stage.

⁹⁰ Le SNDS (système national des données de santé) est une base de données majeures en santé publique, nécessitant une formation spécifique préalable à son utilisation ainsi que des autorisations pour y accéder, accordées à certaines structures dans lesquelles les internes passent en stage.

souligne que l'un de ses choix c'est fait pour avoir « *une vue d'ensemble un peu du paysage administratif, politique* ». Marion indique qu'elle voulait « *découvrir les structures : l'hôpital, les CPTS, enfin ça m'intéressait de me dire que j'ai vu du niveau méso et du niveau national.* ». Estelle de son côté « *voulai[t] passer dans le privé* » pour « *faire [s]a propre opinion de ce qu'était le secteur privé, l'industrie pharmaceutique, le conseil, etc.* ». Plusieurs enquêtés mettent d'ailleurs en avant une volonté de « *changer complètement d'angle* », de diversifier les milieux explorés au cours de l'internat.

En dehors de ce que les stages permettent de découvrir et de développer, le choix peut aussi être réalisé en fonction des conditions de travail proposées dans le stage. L'encadrement au sein du stage peut notamment constituer un critère important dans le choix du stage. Ainsi, lorsque l'encadrement n'est pas perçu comme suffisant, cela peut freiner le choix de certains terrains de stage, comme le raconte Alexandra :

L'encadrement pouvait être un petit peu instable, on va dire, pour le dire comme ça. Et je me suis dit, effectivement, là, c'est, je pense que c'est un endroit où il faut être encadré pour faire ce type de projet et je me voyais pas.

Au contraire, la volonté de travailler avec un profil particulier (notamment médecin de santé publique) peut motiver à sélectionner un terrain de stage spécifique. Il peut s'agir par exemple d'un encadrant dont le parcours semble s'approcher de la trajectoire professionnelle visée à l'issue de l'internat, ou dont l'approche et la vision sont valorisées par l'interne.

Maxime, à propos du choix de son deuxième stage de santé publique

Donc voilà, après [...] m'être dit que, creuser un sujet en profondeur ça me plaisait bien, plus l'encadrement [d'une médecin de santé publique], je me suis dit bah... enfin je trouvais que ça se passait bien... enfin qu'elle était super, et je me suis dit c'est... c'est quand même domm... enfin ce serait bien de, tu vois, de pouvoir bosser avec elle pendant un stage, donc voilà.

D'autres critères de choix peuvent concerner les conditions de travail au sens large. Il peut s'agir par exemple de prioriser des stages peu éloignés, situés à proximité de son domicile, pour limiter le temps de trajet. Le choix peut aussi être motivé par la possibilité de réaliser du télétravail, ou pour d'autres critères comme par exemple « *des meilleures conditions de travail, des logiciels moins défectueux, des gens peut-être un petit peu plus motivés à travailler.* »

Même s'ils sont présentés de manière très individualisée ici, les différents critères de choix, qu'ils portent sur ce que peut apporter le stage ou sur les conditions de travail, sont souvent entremêlés. Le choix de stage peut ainsi se faire en combinant plusieurs critères importants pour l'interne au moment de sa décision. Ainsi, pour son dernier choix de stage, Benoît cherche à la fois un type de structure particulier, mais également un bon encadrement, lui permettant de monter encore en compétences avant sa future prise de poste. Son choix se porte ainsi sur un stage qui a par ailleurs l'avantage d'être assez proche de chez lui :

Et donc, je me suis dit, je vais faire docteur junior dans un DIM [département d'information médicale]. Et là, globalement, il y en avait, il y en avait plusieurs. Il y avait quoi, il y avait [un stage déjà fait], mais j'avais pas envie d'y retourner. Il y avait

dans le privé... je sais plus, je sais même plus s'ils étaient proposés. Si, il y en avait peut-être un qui était proposé, mais... Et il y avait celui [dans un CHU]. [...] Il était plus proche de chez moi, et je me suis dit que [...] je serais mieux encadré.

Cet arbitrage se rejoue à chaque stage, mais s'inscrit également dans la durée de l'internat, participant ainsi à la construction globale d'une orientation comme nous le présentons dans la partie suivante.

II.3.2. Trouver son orientation : injonction ou nécessité ?

Le choix de stage ne peut être pris comme un acte isolé. Il s'inscrit dans l'ensemble des stages et des formations théoriques que suit l'interne, constituant son parcours. Derrière ce choix se cache donc l'enjeu de construire et d'orienter son parcours, avec l'objectif de trouver du travail à l'issue de l'internat. Différentes approches ou stratégies peuvent être identifiées dans ce cadre.

Différentes stratégies

Comme on l'a vu, les choix peuvent être motivés par une volonté de diversification des terrains de stage pour découvrir des milieux différents et explorer des types d'activité variés. Estelle raconte ainsi qu'elle a « pris le parti de faire des stages assez diversifiés ». Cette découverte est rendue nécessaire pour la plupart des internes interrogés compte tenu de l'absence d'expériences socialisatrices préalables dans ces milieux.

Les choix de stage peuvent également traduire une orientation particulière, une spécialisation. De son côté, Gauthier, médecin de santé publique, a fait le choix d'une orientation au cours de son internat (« en fait pendant tout mon internat de santé publique j'ai quasiment fait que des stages d'épidémiologie »), mais exprime des regrets d'un manque de diversification :

Donc il y a des choses auxquelles j'ai pas touché et que même maintenant je ne connais pas bien. [...] J'essayais de voir plusieurs choses, de passer dans... voilà dans des endroits un peu différents, mais maintenant a posteriori, quand je regarde mon parcours, je le trouve assez homogène, ce qui a du bon aussi, mais ce qui veut dire que j'ai probablement loupé plein de, plein de choses en santé pub. [...] Peut-être que j'aurais dû sortir de ma zone de confort pendant l'internat et aller voir un peu ailleurs.

Les deux stratégies peuvent se succéder au cours d'un même parcours : certains internes explorent d'abord différentes thématiques et structures puis s'orientent, et orientent leurs stages, vers un domaine spécifique. Le cheminement de Jim illustre bien ces deux aspects :

L'événement marquant pour moi, ça a quand même été de me dire qu'est-ce que je fais, et de choisir la thématique après dans laquelle j'ai envie d'évoluer. Soit thématique soit compétence, je voyais ça plus comme ça, en me disant : je peux papillonner jusqu'à Dr Junior, voire Dr Junior, et ensuite je vois après. Donc pour moi, l'événement marquant qui m'a permis de m'affirmer, et je pense et j'espère de me professionnaliser entre guillemets après, c'est de me dire : c'est l'addictologie. Moi c'est

plus ça le truc qui pour moi est majeur, de me dire : en fait ça va être ça, et du coup, j'oriente mes lectures, mes trucs, mes compétences là-dessus, le réseau.

Dans cette optique d'orientation dans un domaine, le choix des différents stages peut également reposer sur la volonté de tester de futurs potentiels lieux d'exercice, à différents niveaux, dans différentes structures, ou avec une équipe particulière. En passant six mois (ou plus) sur un terrain de stage, les internes ont ainsi l'opportunité de voir s'ils « se projette[nt] » dans la structure ou si au contraire ils ne se voient pas du tout travailler de cette façon.

On retrouve ainsi différents éléments abordés précédemment dans le parcours d'Alexandra telle qu'elle nous le raconte. Certaines contraintes orientent ses choix, mais les stages choisis lui permettent malgré tout de développer des compétences :

Comment j'ai décidé d'orienter mon internat après c'était... Bah, il fallait faire un premier... enfin il fallait que je valide quand même un stage d'épidémio, un peu stats, données de santé. C'est pour ça que je suis allée [dans ce stage]. Et même si je ne me voyais pas du tout faire ce qu'ils faisaient [là-bas], je pense que ça a été un super semestre. J'ai appris plein, plein de choses et j'ai évolué. Et je pense que j'ai acquis plein de compétences qui m'ont servi et qui me servent encore actuellement dans ce stage.

Certains stages lui permettent de découvrir différentes structures ou thématiques (« *Et après, ça c'est un peu... voilà j'essayais de faire un peu ONG, [...], santé mondiale. Et après, prévention, promotion.* ») tandis que d'autres, à la fin de son parcours, ont pour objectif d'« *essayer de trouver un peu quelle structure [lui] conviendrait pour un poste plus tard* ».

Ces différentes stratégies font écho aux résultats observés dans le volet quantitatif (**Tableau 7**). On a en effet constaté que la majorité des internes franciliens (63 %) exploraient au moins 3 domaines et 3 types de structures différentes au cours de leur internat. Néanmoins seuls 5 % avaient une orientation que l'on a qualifié de « multipôle ». Autrement dit, pour 95 % des internes, une orientation principale vers un domaine était identifiable dans leur parcours. Ces résultats semblent ainsi compatibles avec une stratégie d'exploration-spécialisation décrite précédemment. Il est également intéressant de noter qu'environ un quart (27 %) des internes n'avaient exploré qu'un à deux pôles au cours de leur internat, dans des types de structures plus ou moins variés. Cette configuration semble correspondre aux internes s'étant orienté assez tôt dans un domaine, comme l'a illustré l'exemple de Gauthier évoqué un peu plus tôt.

Une orientation loin d'être évidente

Même si de nombreux facteurs de choix sont rapportés, et s'articulent dans différentes stratégies, tous les stages ne sont pas choisis de façon aussi calculée. Certains internes expriment ainsi l'impression de s'être orienté « au hasard », « au pif », au « feeling » ou de façon « flou[e] », sans motivation ou orientation précise.

Adèle, interne en dernier semestre

Donc en gros, soit il y avait un but précis, soit aucun. [Rires] Non, ouais, je sais pas, mais c'est... [...] j'ai l'impression que je suis pas comme les autres internes, parce

que... j'ai l'impression que vous avez tous eu, bon... Tout le monde rame un peu au début, mais vous avez tous eu quand même... un fil conducteur, ou déjà, enfin... une envie de faire quelque chose de précis. Et moi, j'ai pas du tout senti ça. Enfin, je commence un peu à le sentir maintenant, vers quoi je m'oriente. Mais en fait, pendant longtemps, bah j'étais là : « j'en sais rien », enfin... C'était pas cohérent du tout ce que je faisais.

Ce passage souligne ainsi les difficultés que peuvent avoir certains internes à naviguer au cours de leur internat. On retrouve le besoin ressenti de suivre une orientation particulière, un « fil conducteur ». Cette forme d'injonction est exprimée par plusieurs enquêtés qui évoquent l'importance de la « cohérence » du parcours, comme Maude : « *une maquette d'internat, voilà... il faut aligner les stages qui vont bien pour un parcours cohérent.* » Ainsi, l'orientation vers un domaine spécifique à travers plusieurs stages est perçue par certains enquêtés comme une nécessité. Joseph, en premier semestre, aborde déjà cette obligation : « *bon, il y a un moment, il va quand même falloir que je me pose sur un truc et que je me spécialise. C'est obligatoire* ».

Cette injonction est transmise de manière plus ou moins formelle, dès l'arrivée en santé publique et tout au long de l'internat. Ainsi, il est classique pour les internes de se présenter selon leur orientation, y compris par exemple lors des soirées d'information organisées à destination des futurs internes de santé publique. De façon plus explicite, la nécessité d'une cohérence est soulignée au cours des différentes commissions de validation (notamment validation de DES), auxquelles peuvent assister l'ensemble des internes. Ainsi, lors de la dernière commission en mars 2024, sur les 10 internes présentant leur parcours, cette notion de « cohérence » et d'« orientation claire » a été évoquée sept fois. Il s'agit soit de souligner un parcours « très cohérent », où l'on « voit bien une spécialisation progressive tout au long [du] parcours », soit au contraire d'exprimer des réserves face à une « évolution » que l'on a « du mal à suivre », des liens « pas limpides » entre « ces différentes choses [stages et activités réalisées, compétences développées] et ce que [l'interne va] en faire », en conseillant par exemple de « réduire un peu, de limiter » son orientation. La limite entre les deux situations (cohérence ou non) n'est cependant pas claire, certains internes ayant par exemple reçus des remarques soulignant à la fois la présence et l'absence de cohérence dans le parcours.

Cette cohérence n'est ainsi pas évidente à trouver. Certains internes éprouvent des difficultés à s'orienter et à choisir une succession de stages. Ces difficultés sont renforcées par les faibles contraintes dans le parcours, et la diversité des options disponibles. Joseph décrit ainsi que « *plus t'avances, plus les mois passent, et tous les mois tu découvres des nouveaux trucs, des nouveaux métiers, des nouveaux domaines dans lesquels tu pourrais [...] exercer* » tandis que Maxime évoque une « *espèce d'océan immense dans lequel tu peux te perdre complètement* ». Ces difficultés sont d'autant plus présentes que la lisibilité des domaines et types d'exercice reste faible en santé publique, et que de nombreux professionnels différents peuvent y intervenir. Ainsi, contrairement aux différentes spécialités médicales où les médecins contrôlent leur juridiction et sont les seuls à maîtriser certains savoirs et certaines prérogatives (comme la prescription), les futurs médecins de santé publique doivent se construire professionnellement en prenant en compte ces différentes incertitudes. Cela se traduit par ces difficultés d'orientation, mais également par d'autres difficultés que nous aborderons dans la prochaine partie. Ainsi, les

nombreux domaines qui s'ouvrent aux internes en santé publique peuvent nourrir la crainte de ne pas réussir à s'orienter, et ce dès le début de l'internat.

Stéphanie, interne en premier semestre au sein d'un service de santé publique hospitalier

Je suis quelqu'un de très... je suis curieuse, je suis intéressée par beaucoup de choses, je m'intéresse facilement à tout ce qu'on me présente, et je suis un petit peu... perplexe [Rires] sur ce qu'il est possible de faire... Enfin je m'aperçois que beaucoup de choses me plaisent, et j'ai du mal à imaginer comment je vais orienter mon internat... [...] Mais... voilà là je suis pas capable de te dire quelle branche de la santé publique j'ai envie de choisir, dans quoi je me projette, c'est des questions qui sont encore très floues pour moi.

La variété de stages, de structures et de disciplines participe également à un sentiment d'inaccomplissement chez certains internes, qui regrettent de ne pas pouvoir tout voir, tout tester. Pour tenter de dépasser ces limites, certains internes peuvent ainsi être amenés à prolonger leur internat, période perçue comme propice à une exploration extensive et une formation rémunérée, offrant une situation prolongée. C'est notamment le cas lors de la réalisation d'une option ou FST (mise en place avec la réforme de 2017), rajoutant une année à l'internat, et permettant à la fois de se spécialiser et de continuer à explorer différents stages. Cela peut également être le cas lors de la réalisation d'une disponibilité pendant un ou deux semestres afin de suivre une formation (par exemple un master 2). Dans certains cas, et malgré la perte temporaire de la rémunération d'interne, ces formations offrent en effet l'opportunité d'effectuer un stage dans des structures et domaines très variés, prolongeant l'exploration réalisée au cours de l'internat. Ainsi, les internes des promotions 2017 et 2018 avaient réalisé en moyenne 2 semestres de plus que les 8 requis dans le cadre du DES de santé publique (**Tableau 6**). Cet allongement était principalement lié à des disponibilités et des semestres en option ou FST.

Malgré ces possibilités, certains internes aimeraient par exemple « avoir deux semestres de plus » ou « voir plus de choses ». Jim, qui a pourtant réalisé une FST, fait ainsi le bilan de son internat et de ce qu'il n'a pas pu explorer :

Et c'est pour ça que j'aurais peut-être dû aller au ministère, à SpF [Santé publique France], ou j'en sais rien mais..., ou en CPTS, ou... Après l'internat est court, et comme je me suis assez... enfin pas vite orienté, mais comme ensuite j'avais mes appétences plus thématiques, en me disant j'ai plus envie d'aller vers la PPS [prévention-promotion de la santé], le ministère, puis ensuite les jeux d'acteur [...]. Ça s'est plus fait par mes appétences en termes de thématiques que mes recherches de compétences. Donc en fait, effectivement à la fin je peux m'en vouloir aussi à moi.

Ce passage souligne également un élément important dans l'orientation et la construction du parcours, sur lequel nous reviendrons dans la suite : la proactivité des internes. La grande liberté offerte au cours de l'internat est associée à un risque de « se perdre », comme on l'a vu au-dessus. Les internes doivent donc prendre en main leur parcours. Cette proactivité se manifeste de différentes manières. Au moment du choix de stage, les internes sont amenés à contacter leur potentiel futur encadrant, afin d'échanger sur le contenu du stage. De façon collective, le SPI

illustre également cette implication dans le choix en organisant chaque semestre la collecte de fiches de postes auprès des différents terrains de stage, afin de faciliter le choix des internes. De façon plus individuelle, certains internes peuvent également construire activement leur parcours. C'est par exemple le cas lors de la réalisation d'un stage dans une autre région comme l'évoque Adèle : « *Et là, du coup, j'avais déjà préparé déjà bien avant mon inter-CHU⁹¹* ». Il peut aussi s'agir de faire ouvrir un nouveau stage comme nous l'avions évoqué plus haut.

FOCUS SUR MON PARCOURS

Des premiers choix à l'orientation vers l'administration de la santé

Si je reviens sur mes choix de stages, différents facteurs ont contribué aux choix successifs :

- Le choix du premier stage (réseau Sentinelles) s'est fait un peu au hasard : la thématique m'intéressait, les retours étaient bons
- Mon deuxième stage a eu lieu dans le service de santé publique de Fernand-Widal. Le choix s'est fait sur plusieurs critères : intérêt pour la thématique de la santé sexuelle, volonté de tester à nouveau une activité clinique, après la prise de recul liée aux premiers mois de l'internat (et ce qui a confirmé, après coup, que je ne souhaitais plus avoir d'activité clinique), et nécessité de suivre un stage universitaire au cours de l'internat, imposé par la maquette (dans l'idée de pouvoir ensuite aller dans des stages extrahospitaliers lors du reste de l'internat).
- J'ai réalisé mon troisième stage au sein du cabinet de conseil Acsantis. Le choix s'est réalisé là aussi sur la combinaison de plusieurs critères : volonté de découvrir le « monde du privé », intérêt pour la thématique (structuration et prévention en soins primaires) et les méthodes employées (évaluation, approche qualitative), évaluation antérieure positive avec un bon encadrement.
- Mon quatrième stage a eu lieu à Santé publique France, à la Direction santé environnement travail. Le choix a été principalement porté par l'intérêt fort pour la thématique (avec l'envie de découvrir la santé environnement pour peut-être s'y spécialiser ensuite) et plus particulièrement celui de la santé en lien avec les changements climatiques (intérêt et préoccupation personnels assez importants). Ce stage était aussi l'occasion de découvrir le travail dans une agence sanitaire nationale. Et en bonus, l'environnement autour du lieu de travail était très agréable (après un stage dans un algeco au bord d'une rue très passante, et un stage en télétravail).

A partir du milieu de mon internat, j'ai commencé à organiser mon parcours vers l'administration de la santé, par intérêt pour cette « branche » de la santé publique (possibilités d'agir ou d'aider à la décision, sur des thématiques et à des niveaux variés).

⁹¹ Stage de santé publique réalisé dans une autre subdivision voire à l'étranger, et nécessitant de constituer un dossier (incluant entre autre le projet pédagogique et la façon dont ce stage s'inscrit dans le parcours de l'interne) pour obtenir l'accord du CHU.

Dans cette optique, j'ai réalisé différents stages (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, Direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé, ARS Île-de-France) et en envisage d'autres pour la fin de mon internat (Assurance maladie, collectivité territoriale) afin d'explorer au mieux ce domaine, notamment à différents niveaux (local, régional, national) et dans différentes structures clés.

Extrait de mon journal personnel, 24/03/2022

Comme je le disais, dans un peu plus d'un mois je termine mon stage à Santé publique France, pour en commencer un nouveau. Même si ça ne sera officiel que mardi prochain, je vais a priori faire mon prochain stage au HCAAM, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Ça sera mon cinquième semestre, et j'entre dans une nouvelle phase de mon internat. J'oriente mon cursus vers le domaine que j'ai envie de développer à savoir l'administration et les politiques de santé. J'en ai vu des petits bouts à droite à gauche jusqu'à présent, et avec ce nouveau stage je vais y mettre les pieds en plein dedans. Même si le HCAAM est rattaché au ministère, ça reste une structure un peu détachée, avec une petite équipe et un fonctionnement particulier. Je n'avais pas envie d'aller d'emblée à la DGS [direction générale de la santé] ou la DGOS [direction générale de l'offre de soins], avec toute l'ambiance ministère si particulière. [...]

Après ce stage, je vais normalement suivre l'option administration de la santé. [...] Je serai en stage pendant un an dans une administration, et je ne sais pas encore bien ce que je souhaite viser. Je pense qu'il serait très intéressant de pouvoir aller justement au cœur du ministère, à la DGS par exemple.

On retrouve dans mon parcours différents facteurs et critères influençant le choix des stages durant l'internat, aussi bien sous forme de contrainte (stage imposé par la maquette) que pour des motivations positives (thématique, structure, encadrement, etc.). En reprenant les stratégies d'orientation évoquées dans l'analyse, mon parcours illustre bien la succession d'une phase d'exploration large puis d'une phase de spécialisation en administration de la santé. Cette volonté de spécialisation s'accompagne toutefois du maintien d'une certaine exploration au sein du domaine, en termes de structures, thématiques ou modes de fonctionnement.

Finalement, le choix des stages et la construction de l'orientation professionnelle constitue un élément important de la socialisation et de la professionnalisation des internes de santé publique. Loin d'être une succession anodine et sans lien, le choix des stages réalisés repose sur différentes stratégies, centrées notamment autour des questions d'exploration diversifiée ou de

spécialisation. Ces stratégies reflètent à la fois les contraintes existantes, mais également les besoins ressentis et les injonctions perçues par les internes, avec l'objectif de trouver à la fois un chemin qui les épanouit, et une identité et une légitimité professionnelle (nous y reviendrons).

Que cela soit pour leur orientation, ou plus généralement pour leur travail au quotidien, les internes de santé publique doivent ainsi apprendre à naviguer dans un univers qui ne leur est pas familier. Pour cela, ils peuvent s'appuyer sur leurs propres ressources, mais également sur différents acteurs qui les entourent.

II.4. Une nouvelle place à trouver en étant accompagné

Nous avons montré que l'internat de santé publique est caractérisé par certaines spécificités, en rupture avec les expériences précédemment vécues au cours des études de médecine : des activités nouvelles, multiples et variées, une approche par projet souvent à long terme, entrecoupé de tâches plus ponctuelles et de formations suivies en parallèle, une liberté d'organisation du temps de travail parfois difficile à gérer et nécessitant de se donner soi-même des limites, une orientation à construire dans un nouvel univers, en prenant en compte de multiples facteurs. Du fait de l'absence de cadre précis, la socialisation sous-jacente à la transition vers ces nouvelles fonctions et nouveaux fonctionnements dépend de l'implication des internes – que ces derniers présentent comme une certaine « autonomie » et une « attitude proactive » – et donc de certaines dispositions. Leur développement est par ailleurs accompagné par différents acteurs, au premier rang desquels se trouvent les encadrants de stages.

II.4.1. Se saisir des libertés offertes

Un élément important de l'internat de santé publique, que l'on a commencé à esquisser dans les précédentes parties, est la possibilité d'évoluer relativement librement, dans un périmètre donné. Cette liberté relative soulève la question de leur autonomie, de leurs marges de manœuvre, mais également de la façon dont ils s'en saisissent.

Une autonomie responsabilisante

La liberté relative et l'autonomie laissées aux internes de santé publique est visible à différents niveaux. Comme nous l'avons vu plus haut, elles concernent notamment l'organisation de leur travail et de leur temps, et sont favorisées par le fonctionnement par projet mais également par certaines modalités de travail comme le télétravail. Cette liberté peut s'exprimer d'autres manières dans le travail, au sein des activités de stages. En étant par exemple responsable d'un projet, certains internes sont mis en position d'autonomie. Celle-ci leur permet de réaliser par eux-mêmes un certain nombre d'activités, en ayant des marges de manœuvre. Les internes peuvent ainsi tâtonner, expérimenter, et développer des compétences chemin faisant.

On peut également observer une certaine liberté dans le choix du ou des sujets sur lesquels les internes vont travailler. Les terrains de stage peuvent en effet proposer différentes possibilités de travail pour le semestre à venir, et les internes choisissent de prendre part à un projet ou un autre. Cette position de relative liberté est renforcée par la production de fiches de poste pour chacun

des stages, permettant de faire son choix en fonction de ce qui est proposé, comme l'exprime Gauthier :

On recevait ce catalogue que j'aimais bien, parce que... il y avait vraiment une fiche par projet et, je sais pas, je mettais des petits plus sur les trucs qui me plaisaient, les thématiques qui m'intéressaient.

Cette liberté relative concerne ainsi plus globalement les choix de stage et d'orientation, comme nous l'avons décrit auparavant. Bien qu'il existe certaines contraintes que nous avons décrites, l'internat de santé publique reste très flexible, surtout en comparaison aux maquettes d'autres spécialités, imposant de passer dans de nombreux stages et laissant peu de places à une exploration libre (comme en médecine générale par exemple, où la maquette impose de réaliser quatre stages en médecine générale, un stage en médecine d'urgence, un stage en médecine polyvalente, un stage en santé de la femme et de l'enfant, et un stage dans une spécialité populationnelle). Cette liberté est ainsi perçue et soulignée par les enquêtés, comme le souligne Estelle, qui a fini son internat depuis une dizaine d'années :

Par contre, ce qui est très clair c'est que l'internat de santé publique, alors je ne sais pas comment c'est maintenant, mais quand je l'ai démarré, ce qui est assez incroyable et ce qui moi m'a beaucoup plu, c'est qu'on a une liberté et un champ des possibles qui est très, très grand, qu'on peut en faire absolument ce qu'on veut.

Cette liberté et autonomie ne sont cependant pas absolues, et dépendent des situations. Ainsi, plusieurs enquêtés disent avoir été confrontés à une autonomie réduite au cours de certains stages. Cela peut se traduire de différentes façons : avoir peu d'activités confiées au sein du stage, avoir peu de responsabilités dans ces activités, être peu « poussé » dans son travail (incitations à aller plus loin, à approfondir). Ces limitations sont d'autant plus présentes lorsque les internes se sentent considérés comme des « *simple[s] stagiaire[s]* ». Certains enquêtés soulignent ainsi la différence qu'il devrait exister entre un stage réalisé par exemple dans le cadre d'un master, et un stage d'internat de santé publique. Pour eux, l'interne est censé en effet être mobilisé sur davantage de projets et avec plus de responsabilités, comme le sont les internes médecins cliniciens qui prennent en charge les patients, sous la supervision de médecins séniors. Ce constat laisse ainsi sous-entendre que les médecins de santé publique occupent, en tant que médecin, une place spécifique au sein des structures (nous y reviendrons dans la dernière partie), et donc que les stages réalisés par les futurs médecins de santé publique doivent permettre d'expérimenter cette place.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que la distinction entre stagiaire et interne peut en particulier ne pas être faite lorsque l'encadrant n'est pas médecin de santé publique ou n'a pas l'habitude de travailler avec des internes de santé publique. C'est par exemple ce que rapporte avoir vécu Alexandra dans l'un de ses stages :

Je pense à un stage en particulier où on n'était pas encadrés par un médecin, ni médecin de santé publique, enfin tu vois, il n'avait ni le côté médical, ni le côté santé publique. [...] Du coup on avait ce côté un peu... peut-être stagiaire, tu vois. Et pas interne de médecine. Et en fait, j'aime pas qu'on me dise que je suis stagiaire parce qu'en fait je suis pas stagiaire. Ça peut paraître un peu condescendant, mais pour

moi, on n'est pas stagiaire, en fait, on est médecin. On a le grade de médecin. On est interne en médecine, en fait. [...] Je trouve que parfois, en santé publique, on se dit un peu "bon bah c'est l'interne, on va le laisser, enfin c'est le stagiaire". En fait non, je suis pas un stagiaire de master 1, non, je suis pas un stagiaire de master 2, j'ai des connaissances, j'ai des compétences, et en fait, utilisez-les. Et parfois, on venait pas assez les utiliser, et tu vois, c'est comme quand je te disais, quand [dans ce stage], on m'a dit "oui, de toute façon, quand vous serez parti, le projet continuera pas parce que moi je peux pas mettre un staf dessus", mais en fait, si tu te motives et que tu nous donnes nous envie, enfin, tu nous fais aimer ton stage et que tu nous donnes envie de le vendre, t'as un interne qui va venir, en fait. Et tu vois, et moi je lui ai dit, je lui ai dit « mais en fait, [...] il y a un interne qui peut venir, en fait, si le projet intéresse, un interne viendra, et tu peux mobiliser ses compétences, et si c'est un vieux semestre, tu pourras le laisser autonome, et il pourra faire vivre le projet, en fait, tu vois ». Et c'est dommage de pas utiliser ces compétences-là d'interne, et même un [interne de] phase socle, il peut vite monter en compétences.

Dans cet extrait, Alexandra laisse entendre par ailleurs le rôle majeur que doit avoir l'encadrant sur cet enjeu des marges de manœuvre offertes. Alors que dans cette situation, elle souligne la responsabilité mise principalement sur l'interne de s'investir et de donner envie à d'autres internes de venir, elle estime que cette responsabilité est partagée avec l'encadrant : s'il s'investit dans l'accompagnement de l'interne, s'il lui confie des responsabilités, cela favorisera la venue d'autres internes pour les semestres suivants, qu'ils soient en début, en milieu ou en fin d'internat.

Au-delà de l'encadrement, l'activité réduite au cours du stage peut être due à d'autres facteurs. Comme on l'a vu précédemment, c'est par exemple le cas lorsqu'un projet collectif est bloqué dans l'attente d'autres acteurs. L'interne ne dispose alors pas de cet espace de liberté pour réaliser en autonomie des activités. Cela peut aussi se produire lorsque l'interne a un rôle d'observateur, comme l'explique Jim :

C'est frustrant de ne pas avoir cette responsabilité parce que, moi il y a des moments où je me suis retrouvé vraiment un peu comme quand j'étais externe, où j'observe ce qui se fait et je ne le fais pas. Alors que pour moi en tant qu'interne on a aussi ce truc de "en fait il faut que je fasse un peu parce que sinon à la fin de l'internat je vais tout faire mais on m'a jamais appris, j'ai jamais fait".

Les internes semblent donc porter une attention particulière à cet enjeu de liberté au sein de leur parcours, en particulier sous la forme d'une autonomie responsabilisante, qui leur permet d'expérimenter des domaines ou des activités.

De la curiosité à la proactivité

Pour se saisir des libertés existantes, ou faire face aux situations où ils ne peuvent pas être autant autonomes qu'ils le souhaiteraient, les internes doivent faire preuve d'un certain volontarisme et se prendre en main. Plusieurs enquêtés abordent ainsi explicitement la notion de proactivité, et témoignent de la façon dont ils ne se limitent pas à répondre aux demandes explicites (des

encadrants, et plus largement des enseignants de la spécialité) mais vont au-delà en prenant certaines initiatives.

Cette proactivité s'exprime ainsi de différentes façons. Il peut s'agir d'aller spontanément rechercher des informations, pour avancer dans son projet ou pour mieux comprendre un fonctionnement observé. Dans certains cas, cette recherche a pour objectif de se former à des méthodes, à des outils, etc. Pour s'appuyer dans cette démarche proactive, les internes mobilisent différentes ressources, internes (service de documentation...) ou externes (recherche internet...) aux structures où ils réalisent leur stage. Cette proactivité prend aussi la forme de sollicitations auprès de différentes personnes pour obtenir de l'aide sur un point précis. Les internes peuvent solliciter leur encadrant, mais aussi des collègues, d'autres personnes de la structure, voire en dehors (notamment auprès de co-internes).

Julie, à propos de son premier stage en santé publique

Mais je crois que c'est assez rapidement que... du coup [mon encadrant] m'a dit que je serais chef de projet de la cellule [sur un sujet spécifique]. Donc je suis allée voir la juriste avec qui j'étais un petit peu copine dans le stage, en disant : "ça veut dire quoi chef de projet ?" [Rires] Donc elle m'a expliqué, je me disais : "ok, c'est un peu flou mais ok". Euh donc, j'ai commencé à faire ça, donc j'étais pas trop, enfin, suivie et... et cadrée, quoi. Donc je faisais un peu à ma sauce. Mais je m'entourais des gens comme la juriste, ou mes co-internes pour savoir un petit peu... ce que je pouvais faire. Et du coup c'était assez stimulant de pouvoir faire un petit peu... de réfléchir, de prendre le temps de réfléchir et d'avoir des idées pour faire évoluer un... Bah je sais même pas comment on appelle ça mais... enfin le projet, quoi.

Cette démarche proactive traduit ainsi la nécessité de faire sa place, dans un environnement professionnel où elle n'existe pas au préalable, et à laquelle la socialisation au cours des premier et deuxième cycles des études de médecine n'a pas préparé. Dans le cadre de l'internat de santé publique, l'interne est en effet, pour la structure dans laquelle il évolue, une ressource « bonus », sur laquelle l'encadrant ne peut pas compter à l'avance puisqu'il n'est pas sûr qu'un interne sera présent à chaque semestre⁹². Le plus souvent, on ne l'attend pas pour faire fonctionner la structure, mais il peut se révéler indispensable à la mise en place ou la poursuite d'un projet, et doit donc apprendre à construire sa place.

Lorsque le cadre offert en stage ne permet pas aux internes d'évoluer suffisamment librement et d'expérimenter différentes activités, certains vont chercher d'autres espaces leur permettant de travailler en autonomie et avec davantage de responsabilités, pour acquérir des compétences en « faisant » et non seulement en « observant ». C'est notamment le cas du travail associatif, dans lequel s'investissent certains internes de santé publique comme Pierre, Adèle, Stéphanie, Alexandra, Marion, Estelle et Jim. Ce dernier souligne ainsi l'intérêt de s'investir dans une association afin de développer certaines compétences qu'il ne trouve pas dans ses stages :

J'ai l'impression qu'on nous donne souvent des stages, des missions type master 2 entre guillemets, avec un projet, [...] un truc circonstancier. [...] [Alors] qu'on peut

⁹² Contrairement aux stages cliniques et au milieu hospitalier, où les internes sont indispensables au fonctionnement.

expérimenter en associatif parce qu'on fait, on porte les projets etc. [...] je m'étais dit - toujours cet aspect gestion de projet - je m'étais dit que le poste [dans l'association] pouvait être intéressant sur ces aspects gestion de projet.

Comme on l'a vu précédemment, cette démarche volontariste peut ainsi s'exprimer plus globalement dans le parcours des internes, en allant trouver des formations particulières, des stages spécifiques (par exemple en allant à l'étranger, ou en faisant ouvrir un nouveau stage) ou d'autres opportunités (comme le travail associatif) pour développer ses connaissances et compétences selon les nécessités perçues.

Il nous semble intéressant de rapprocher cette démarche proactive de la curiosité, évoquée et mise en avant par les enquêtés. Ceux-ci insistent ainsi souvent sur cette curiosité pour caractériser leur parcours, y compris au cours de l'enfance. Comme on a déjà pu l'évoquer dans la première partie, plusieurs enquêtés soulignent en effet les valeurs d'ouverture intellectuelle et culturelle qui leur ont été transmis. Alors que cette curiosité et ouverture était perçue en opposition au cadre proposé durant les études de médecine, elles semblent ici s'aligner avec un internat très ouvert, sans parcours tout tracé. C'est ainsi ce que souligne Maxime, qui, alors qu'il a éprouvé des difficultés durant son externat, liées à une curiosité large rarement bien accueillie, il peut ici laisser libre cours à ses questions :

Et ils ont vite vu que j'étais hyper intéressé par les sujets, donc ça s'est très bien passé, le début, enfin l'intégration, ça c'est vraiment super bien passé. En plus voilà ce côté un peu procédurier, où [...] je leur posais plein de questions, enfin je les challengeais, enfin je... j'avais envie de comprendre ce qu'ils faisaient. Et du coup ils sentaient pour... enfin, c'était assez agréable ces premières semaines, parce que, voilà, pour la première fois j'avais l'impression que... bah, moi mes questionnements, ma... ce que... moi ma vision d'un truc ou d'un autre était prise en compte, pouvait potentiellement avoir un intérêt.

Cette ouverture, au-delà de la médecine, peut notamment être influencée par la profession des parents des enquêtés. Certains d'entre eux sont en effet issus de familles éloignées du milieu médical, et davantage ouverte à d'autres milieux ou approches (par exemple : ingénierie, entrepreneuriat, droit, etc.)

Cette démarche proactive au cours de l'internat n'est ainsi pas retrouvée de façon uniforme parmi les enquêtés. Elle varie selon les internes, mais également au cours des différents semestres pour un même interne. En particulier, lorsque les internes participent à un projet qui les intéressent, ils vont davantage s'y investir et être proactifs. Certains enquêtés soulignent ces variations en identifiant des moments où ils ont été particulièrement proactifs, et d'autres moins.

Ainsi, dans certains stages (ou selon la personne), les internes sont parfois beaucoup moins proactifs. Ils ne s'investissent pas particulièrement dans leurs missions, ne vont pas poser de questions pour mieux comprendre certains éléments, ou ne vont pas chercher à avoir plus d'activités ou de responsabilités. Il est probable que certaines dispositions soient plus ou moins facilitatrices dans cette démarche volontaire de découverte et d'apprentissage. Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, la curiosité et l'ouverture intellectuelle semblent jouer un rôle

important et sont peut-être moins développées chez les internes rencontrant le plus de difficultés à se saisir de l'autonomie offerte.

Ces difficultés peuvent également être liées à d'autres facteurs : parcours particulier, stage moins adapté à un interne, projets peu stimulants, etc. Par exemple, Gauthier, qui arrive en santé publique après un droit au remords, a l'impression de « débarquer », de ne pas avoir les bases qu'ils supposent acquises par les autres internes de santé publique. Il raconte ainsi : « *t'oses pas forcément aller poser des... mille questions, t'as peur de passer pour un con auprès des gens.* ». On peut également faire l'hypothèse que les internes ayant choisi la santé publique « par défaut » (contraints par leur classement aux ECN) sont peut-être moins à même de s'approprier cette démarche volontariste. Néanmoins, comme nous l'avons vu dans la première partie, ces internes ne représentent qu'une petite partie de l'ensemble des internes de santé publique, et de tels profils n'ont pas été retrouvés parmi nos enquêtés.

Au-delà des trajectoires globales, certains internes ont l'impression de ne pas avoir « exploité » des stages, en reconnaissant ce manque de proactivité. D'après nos entretiens avec les enquêtés, ces « baisses » de proactivité semblent correspondre à des stages ne répondant pas aux attentes des internes, en termes d'encadrement, d'activités proposées ou de sujet abordé. A travers certains échanges, notamment dans le cadre de mes fonctions associatives, j'ai ainsi pu constater que pour certains encadrants, les internes de santé publique sont considérés comme des étudiants qui ne sont pas toujours faciles à encadrer et accompagner, car parfois porteurs de nombreuses demandes. Bien que dans certains cas, les internes arrivent à dépasser ces limites, il est probable que lorsque l'écart est trop important, la proactivité laisse place à une forme d'abandon ou de résignation, souvent regrettée a posteriori.

Julie, ayant fait un droit au remords vers la médecine générale, à propos d'un stage en santé publique

J'avais pas beaucoup de travail grosso modo, et je finissais vite ce que j'avais à faire [...]. J'avais beaucoup de... comment dire... d'attentes de ce stage, parce que la médecine scolaire je trouve que c'est un domaine intéressant, les enfants c'est hyper intéressant, on peut tout faire avec les enfants, il y a plein, plein de sujets actuels, importants [...]. Et je trouvais qu'il n'y avait pas du tout du tout d'éléments de ce type qui m'étaient proposés pour en... pour y travailler. Après j'étais peut-être pas assez proactive aussi dans ce stage, mais ça c'est... c'est comme ça.

Ainsi, certains internes expriment se sentir coupable de ne pas s'être investi suffisamment, d'autant plus s'ils n'ont pas pu développer de compétences ou pu aller au bout de leur projet. Ce sentiment de culpabilité souligne à nouveau la responsabilité donnée aux internes dans leur formation. Il traduit ainsi la nécessité voire l'injonction de se saisir des libertés existantes et de l'autonomie responsabilisante offerte dans le cadre de l'internat, afin de trouver sa place dans un univers auquel les étudiants en médecine n'ont pas été familiarisés.

II.4.2. Une socialisation par compagnonnage, mais pas que...

L'autonomie responsabilisante (dépendant notamment de l'encadrement) et la proactivité (liée à la posture des internes), bien que décrites par les internes comme essentielles au cours de

l'internat, ne s'avèrent pas toujours suffisantes. En effet, comme décrit précédemment, les internes peuvent rencontrer différentes situations de blocage au cours de leurs stages et de leur parcours, et se sentir en situation d'échec. Comme dans tous les stages, un encadrement des internes de santé publique est prévu, et les enquêtés ont ainsi rapporté et souligné l'importance d'être guidés à différentes occasions. Cet accompagnement est parfois sollicité par les internes eux-mêmes, dans une démarche proactive évoquée ci-dessus. En dehors de ces sollicitations, l'accompagnement par le ou les encadrants se matérialise de différentes façons.

Un encadrement formalisé, qui guide les internes

L'encadrement des internes de santé publique est organisé et formalisé via différents outils. Concernant les parcours des internes, un accompagnement est prévu à différents moments par la coordination et les enseignants de la spécialité : accueil des nouveaux internes avec présentation du déroulement de l'internat, commissions de validation de phase, points ponctuels avec l'ensemble des internes, entretiens de mi-parcours avec le coordonnateur, récemment mis en place. Ces différents moments sont ainsi l'occasion pour les internes de poser leur question et d'obtenir des conseils, en particulier sur leur parcours durant l'internat. Dans cet optique, un tutorat individuel par des enseignants de la spécialité a été mis en place il y a quelques années. Celui-ci a cependant rencontré assez peu de succès, les internes devant faire la démarche de prendre contact avec leur tuteur afin d'organiser un échange avec lui, qui, lorsqu'il avait effectivement lieu, était peu propice à un accompagnement personnalisé. Aucun enquêté n'a d'ailleurs évoqué ce tutorat. Celui-ci a été récemment remplacé par la mise à disposition des coordonnées de différents médecins de santé publique volontaires, que les internes peuvent contacter s'ils le souhaitent afin d'obtenir des informations sur les stages, les parcours voire les carrières dans un domaine ou un milieu donné.

Au-delà de cet accompagnement dans le parcours, l'encadrement des internes s'effectue également lors des stages, et est pensé dès l'agrément des terrains de stage. Les modalités d'encadrement prévues doivent en effet être détaillées afin d'obtenir l'agrément en vue de l'ouverture du stage aux internes⁹³. Celles-ci portent sur l'identification de là ou des personnes responsables de l'encadrement, ainsi que sur différents aspects : fréquence, format, personnes impliquées, adaptation selon l'ancienneté de l'interne, etc. La réalisation de « points » réguliers entre l'interne et l'encadrant est en particulier indiquée. Cette modalité était d'ailleurs formalisée dans l'ancien dossier d'agrément des stages du DES de santé publique en Île-de-France, avant sa récente modification⁹⁴. L'agrément tient par ailleurs compte du profil de l'encadrant, les recommandations de la maquette étant un encadrement par un enseignant de santé publique en phase socle, par un médecin de santé publique en phase d'approfondissement et par un professionnel de santé publique en phase de consolidation⁹⁵.

⁹³ Voir le dossier pédagogique à remplir pour l'agrément des terrains de stage, actualisé en 2024

⁹⁴ « 3.3 Modalités d'encadrement

A quelle fréquence est-il prévu que l'étudiant de 3e cycle et l'encadrant se rencontrent ?

1 fois par semaine 1 fois par mois tous les 2 mois autre, précisez »

⁹⁵ Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine

Au-delà de l'agrément, l'encadrement est également discuté lors d'une réunion, généralement annuelle, à laquelle l'ensemble des encadrants sont conviés et où les coordonnateurs présentent les objectifs de la formation des internes et les éventuelles évolutions liées aux réformes, les compétences attendues, les missions qui peuvent être confiées, etc.

Enfin, les fiches de poste collectées chaque semestre afin de décrire les différents stages accessibles aux internes et les activités qui leur sont confiées participe également à une formalisation de l'encadrement. Ces fiches décrivent notamment l'équipe avec laquelle travaillera l'interne, les formations proposées ainsi que les connaissances et compétences que l'interne pourra acquérir. En pratique, ces fiches se concentrent avant tout sur la description des projets et activités proposés, et les modalités d'encadrement sont peu détaillées et seront négociées à l'arrivée et au cours du stage.

En pratique, et d'après les témoignages de nos enquêtés, l'encadrement formel des internes au cours de leur stage semble se concrétiser à travers deux grands types d'occasions : les points programmés et l'aide ponctuelle sur un sujet spécifique.

Les « points » sont une modalité fréquente d'encadrement formel. A l'occasion de rendez-vous plus ou moins réguliers et prévus à l'avance (fixés par l'encadrant ou sollicités par l'interne), l'interne échange avec son encadrant sur l'avancement et le suivi de son travail, les éventuelles difficultés rencontrées, les suites envisagées. Il peut également bénéficier de conseils dans des lectures, pour guider son travail voire pour la suite de son parcours. Une forme particulière de cet encadrement est le « point de fin de stage », où l'interne et l'encadrant font le bilan du travail réalisé, des compétences développées et des pistes d'amélioration. Certains internes expriment parfois leur surprise devant la réception de conseils qu'ils n'attendaient pas forcément, devant le peu d'accompagnement fourni parfois au cours du stage :

Marion, à propos de l'un de ses stages où elle a été assez peu encadrée

Je me rappelle, on a fait notre point de fin, enfin il était très... c'était très constructif [...]. Mais du coup à la fin il était là : « Mais tu vois je pense que il faut que tu fasses du management en santé » [...]. Mais c'était agréable de, enfin c'était cool de se dire : « Ah bah... il donne un conseil en mode genre je te prends sous mon aile », c'était sympa.

Dans le cadre de cet échange de fin de stage, les internes puis les encadrants doivent remplir un document d'évaluation du stage permettant la validation du stage. Ce document, qui doit permettre de faire le point sur les connaissances et compétences acquises au cours du stage, est commun à l'ensemble des internes d'une faculté, quelle que soit leur spécialité. Les items d'évaluation sont donc adaptés à des activités cliniques (hygiène, relation avec le patient, raisonnement diagnostique, consultations spécialisées, etc.) et sont plus difficiles à utiliser pour l'évaluation d'un stage en santé publique (**Annexe 9**). Ces évaluations soulignent une fois de plus le décalage en termes d'activités, de connaissances et de compétences des internes de santé publique en comparaison aux autres spécialités, notamment cliniques.

En dehors de ces points, d'autres moments d'encadrement formalisé ont pu être identifiés, correspondant à une aide sur une activité spécifique, en direct ou en différé. Il peut s'agir de montrer comment réaliser une tâche particulière, comment manipuler un outil. Il peut aussi par

exemple s'agir d'accompagner dans l'élaboration et la rédaction d'un document (protocole, rapport, etc.).

Pierre, interne en premier semestre

Tu vois par exemple là il m'a donné une requête hier à faire, un truc... il m'a dit un peu toutes les semaines essaye de faire une requête, et du coup, là, par exemple il m'a fait une requête avec le PMSI, avec le code PMSI, et du coup je vais devoir un peu utiliser, enfin un peu comprendre leur truc quoi...

A l'inverse, dans certains stages, l'encadrement peut faire défaut. Les internes ne sont alors pas ou très peu guidés dans leurs activités. Cette absence d'encadrement peut être liée à différents facteurs. L'encadrant peut ne pas avoir assez de temps disponible. Il peut également ne pas être compétent sur certains aspects et l'interne doit alors se tourner vers d'autres personnes s'il le peut. Il peut parfois ne pas s'investir dans son rôle d'encadrant, ou ne pas percevoir les besoins de l'interne.

Là encore cela peut en particulier survenir lorsque l'encadrement n'est pas réalisé par un médecin de santé publique. Ce dernier est en effet plus à même de connaître les attentes de l'interne puisqu'il est souvent lui-même passé par l'internat, et a pu souffrir de ce manque d'encadrement, ou bien souhaite reproduire un encadrement dont il a été satisfait. On peut également supposer que les médecins de santé publique sont plus disposés à percevoir l'intérêt de participer à la formation de futurs confrères, avec qui ils pourront être amenés à collaborer par la suite.

Alexandra raconte par exemple son stage de 5^e semestre, où son encadrant n'était pas médecin de santé publique. Alors qu'elle devait initialement travailler sur un projet assez complexe, à son arrivée en stage le projet est largement revu à la baisse sans que cela soit discuté avec elle. Pendant son stage, son seul projet porte sur une revue de la littérature alors qu'elle « [s]'attendai[t] à faire [...] plus ». Elle n'est par ailleurs « pas trop encadrée », et note par exemple qu'« il n'y avait pas de points réguliers ». Elle essaye, en vain, de solliciter son encadrant pour se voir confier d'autres missions, mais constate que celui-ci n'a « pas envie » et n'arrive pas à « voir la plus-value de l'interne ».

Les échanges informels, une ressource pour mieux comprendre l'écosystème de la santé publique

Au-delà de cet encadrement spécifique, l'accompagnement au cours des stages est également informel, en particulier lors de temps non consacrés directement au travail : pause-café, repas, discussions en croisant quelqu'un, etc. Deux occasions particulières participent à ces échanges informels : le déjeuner, et les échanges avec la ou les personnes partageant le bureau de l'interne. Ces échanges informels ont ainsi lieu avec l'encadrant, mais également avec les différents collègues ou personnes rencontrées dans le cadre du stage.

Il est important de noter qu'en dehors des médecins de santé publique, les internes de santé publique côtoient des profils de professionnels variés. Parmi les profils évoqués par les enquêtés, on peut citer : médecin clinicien, pharmacien, informaticien, directeur d'hôpital, ingénieur, chercheur, assistante sociale, infirmière, data manager, sage-femme, statisticien, économiste,

géographe, sociologue, épidémiologiste, étudiant, chargé de mission en santé publique, psychologue, administratif, diplômé de sciences politiques, puéricultrice, gestionnaire de projet, juriste, énarque. Les profils des professionnels rencontrés varient beaucoup selon les stages, notamment en fonction du domaine et du type de structure.

Les échanges avec ces différents professionnels permettent aux internes de mieux comprendre le fonctionnement de la structure, l'écosystème de la santé publique, la place de chacun et les interactions entre acteurs. Ils permettent également de se familiariser avec différentes approches ou visions, ce qui constitue une des compétences mises en avant par les internes de santé publique et recherchées via le choix de stages variés, comme nous l'avons vu précédemment.

Maude, à propos d'un stage en industrie pharmaceutique

Et voilà, j'ai un petit peu appris comment fonctionnaient les instances, un petit peu la philosophie, la doctrine, ce qu'il fallait prouver, la façon de le faire, en général ce qui était valorisé par la [structure], ce qui n'est pas forcément marqué dans les textes, mais on s'en rend compte en lisant des avis, en recueillant l'opinion des gens aussi qui eux-mêmes ont fait des dossiers [d'évaluation d'un médicament] dans le passé.

Julie, à propos d'un stage en médecine scolaire

Après, il y avait un côté bien, parce que je faisais des réunions avec différents professionnels autour des troubles des apprentissages, des liens avec les psychologues..., des réunions pédagogiques au sein de l'école, des réunions autour de cas compliqués, je me rappelle plus de tous les noms, mais plein de réunions comme ça dans un univers que je connaissais pas et qui était très intéressant...

Dans certaines circonstances, et notamment lors d'un recours important au télétravail (comme lors de la pandémie de covid), ces échanges peuvent être réduits, limitant cet apprentissage informel, notamment lorsque l'encadrant est peu présente physiquement ainsi que le rapporte Jim : « *comme elle était essentiellement télétravail, c'était la covid, très peu de temps d'échanges* », « *des visios, des bureaux différents, assez peu de temps d'échange même si on en avait quelques-uns avec le midi* ».

Un compagnonnage marqué par certaines rencontres

Ces temps informels notamment avec l'encadrant – a fortiori lorsqu'il est médecin de santé publique, comme l'explique Marion un peu plus loin – participent à la construction professionnelle de l'interne, notamment concernant sa vision de la santé publique, ses manières de travailler et son orientation future. Mis bout à bout, ces échanges participent à une transmission de savoirs, se rapprochant d'un compagnonnage.

Estelle indique ainsi : « *j'ai toujours été très bien encadrée par mes chefs directs. [...] Chacun m'a transmis à sa manière ce qu'il pouvait me transmettre.* » C'est ainsi un élément marquant de son internat :

Les rencontres... d'autres, de médecins de santé publique, ouais, ouais, c'est... Typiquement [cite des exemples de noms]. Ouais, c'est des gens très brillants, qui avaient vraiment une vision du service public et même [une encadrante], qui est pour le coup une super manager. Moi, je pense que vraiment, ce qui m'a le plus aidé dans mes stages internats, c'est vraiment les rencontres que j'ai faites. Soit sur le fond, soit sur, encore une fois, cette forme de transmission et des gens toujours hyperbosseurs, mais vraiment avec une... qui mettaient vraiment un sens à leur travail avec une vision politique, une vision stratégique.

Les qualités soulignées par différents internes chez leurs encadrants, comme Estelle ci-dessus, montrent qu'ils accordent de l'importance à l'engagement professionnel et politique de ces derniers, valorisant la quantité de travail fournie, le sens du service public, les qualités managériales, la réflexion stratégique... offrant une certaine exemplarité. Marion explique de son côté la recherche de cet apport par des encadrants médecins de santé publique, en quête sans doute de modèles permettant de se projeter dans un exercice futur :

En fait j'ai beaucoup été encadrée, enfin en majorité par des médecins de santé publique, et je pense que c'est aussi quelque chose que je recherchais. [...]. Mais pour discuter aussi de ce qu'ils font, de leur vie, de leur carrière. Mais bon c'était pas un critère, un vrai critère mais in fine c'est... ça m'a plu.

Elle précise que les apports de ces médecins de santé publique ne se font « pas tous de la même façon, pas tous les mêmes choses. Y'en a c'était plus des, des connaissances, ou tu vois des projets, ou des envies de travailler ensemble. Et d'autres c'était des attitudes je pense, des attitudes qu'ils projetaient. »

Les enquêtés rapportent ainsi pour certains des « figures fortes » qui les ont marqués au cours de leur internat. Ces « rencontres » marquantes ont lieu avec des médecins de santé publique ou parfois avec d'autres types de professionnels. Maxime évoque par exemple des personnes avec un profil administratif et occupant des postes à haute responsabilité et de management, chez qui il identifie des qualités importantes assez ces yeux : des personnes « brillantes, humbles, funs », qui « connai[ssent] tout » mais qui « écoute[nt] » et « pren[nent] au sérieux » les échanges, dans une position de « juste milieu ». Parmi nos enquêtés, les « modèles » évoqués concernent uniquement des personnes côtoyées dans le cadre de la formation pratique (stages) ou théoriques (formations suivies), comme par exemple pour Maude, qui évoque un médecin de santé publique rencontré lors de son premier stage, dans un service de santé publique hospitalier :

Par exemple [un de ses encadrants], c'est quelqu'un... Alors c'est un professionnel qui est très reconnu dans son métier [...]. Humainement c'est une rencontre que j'ai faite et qui moi m'a marquée, je me suis dit : « mais moi plus tard quand j'accompagnerai, - peut-être que je serai jamais terrain de stage, ni quoi que ce soit - mais quand j'accompagnerai en tout cas mes internes, il faudrait que ce soit de la même façon que... qu'il y ait une bienveillance, que... ». Et en même temps qu'il mettait à disposition toutes les ressources pour travailler, pour... Moi c'était mon premier stage, c'était vraiment un niveau initial en santé publique, et il s'adaptait très

bien en fait à mon niveau, il me fournissait tout le matériel et il me guidait très bien dans mon travail. Pour moi c'était assez idéal.

Au-delà de compétences techniques ou de connaissances en santé publique, plusieurs enquêtés, comme Maude, soulignent l'importance des qualités humaines. Ils mettent ainsi en avant le besoin d'être guidé par des personnes qui ne jugent pas les faibles compétences des internes à leur arrivée dans l'internat (alors qu'eux-mêmes se jugent déjà plutôt sévèrement comme nous avons pu le voir auparavant).

Au-delà des entretiens, et d'après les observations que j'ai pu faire au cours de mon internat, Il peut cependant aussi s'agir de personnes rencontrées à différentes occasions (par exemple lors d'un congrès) ou qui ont été sollicitées spécifiquement par l'interne, parfois sur recommandations d'encadrants ou d'autres personnes, afin par exemple de réfléchir à des débouchés professionnels possibles ou d'envisager l'ouverture de nouveaux stages.

Certaines personnes rencontrées au cours de l'internat participent ainsi à influencer le choix de stages des internes : encadrants, internes, responsables pédagogiques. Les internes peuvent être amenés à croiser de potentiels encadrants de stage au cours de leur parcours, et ceux-ci peuvent leur proposer de venir en stage dans leur structure, ou conseiller un autre stage. Stéphanie raconte par exemple : « *quand j'étais passé externe, j'avais dit que je voulais choisir la santé publique comme spécialité, donc on m'avait très fortement encouragé à revenir quand, quand je serai interne.* » Le témoignage de Marion illustre également l'influence d'une rencontre dans le parcours pédagogique : « *Après je suis allée [dans un stage], notamment parce que lors de la validation de phase socle j'avais rencontré [un médecin de santé publique] et qui avait vu mon appétence pour la prévention [...], qui m'avait dit « bah moi j'en fais beaucoup ». Et elle m'avait donné sa carte.* » On retrouve dans l'influence du choix de stage une forme de compagnonnage, matérialisé par des conseils dans l'orientation de l'interne.

Ces différentes personnes évoquées, ne sont « pas forcément [considérées comme] des modèles » en tant que tels par les internes de santé publique. Lorsque j'ai posé cette question en utilisant le terme de « modèle », les enquêtés avaient ainsi spontanément du mal à identifier des personnes rentrant pour elles dans cette catégorie, comme l'explique Julie :

J'ai rencontré plein plein plein de personnes qui, qui m'ont inspirée, et dont je me souviendrai, mais là, décrire une personne qui... enfin c'est un peu plus difficile.

Cette difficulté est encore plus marquée pour les internes en début d'internat, qui ont pour l'instant fait assez peu de rencontres. Cela souligne vraisemblablement l'absence d'exposition à de potentiels modèles avant le début de l'internat dû à la quasi-absence de stages dans cette spécialité et à la faible visibilité des médecins de santé publique enseignants durant les études de médecine. Contrairement à d'autres spécialités où des modèles peuvent être identifiés précocement (et influencent par exemple le choix de spécialité [Gaucher et Thabut 2013]), c'est davantage au cours de l'internat que ces figures émergent pour les internes de santé publique.

Ainsi, comme c'est le cas de façon traditionnelle en médecine, l'internat de santé publique semble ici apparaître comme une forme de compagnonnage entre des médecins de santé

publique et leurs futurs confrères. Cet accompagnement existe d'ailleurs également entre internes de santé publique comme on le verra dans la partie suivante. Le compagnonnage fait ainsi partie du code de déontologie des médecins, inscrit dans le code de la santé publique. L'article R4127-68-1 du Code de la santé publique indique ainsi : « *Le médecin partage ses connaissances et son expérience avec les étudiants et internes en médecine durant leur formation dans un esprit de compagnonnage, de considération et de respect mutuel.* » Ce compagnonnage entre pairs semble cependant plus « dilué » que dans d'autres spécialités cliniques, où les internes côtoient de nombreux médecins au cours de leurs stages (chefs de clinique, praticiens hospitaliers, chefs de service, etc.). En santé publique, les internes côtoient une plus grande diversité de professionnels, avec souvent un seul médecin de santé publique, qui est ainsi en situation de minorité dans l'équipe. Les internes de santé publique sont donc moins exposés à de potentiels modèles de médecins de santé publique, et se socialisent au contact de professionnels variés.

II.4.3. Créer du lien avec ses pairs malgré l'isolement

Différentes personnes et rencontres exercent une influence importante au cours de l'internat de santé publique, en particulier les encadrants de stage. Un autre groupe d'acteurs joue également un rôle notable : les autres internes de santé publique. Les internes sont en effet amenés à se croiser à différentes occasions de leur parcours, permettant des échanges sur des aspects variés.

Des moments d'échange limités mais recherchés

On peut identifier trois types de moments distincts, où les internes de santé publique se rencontrent et échangent entre eux : les stages, les cours, et les autres temps.

Les internes passant une grande partie de leur temps en stages, ceux-ci pourraient constituer une opportunité importante d'échanger entre eux. Néanmoins, ces occasions apparaissent limitées : compte tenu du faible nombre d'internes de santé publique (une quinzaine par promotion en Île-de-France, soit une soixantaine formée en même temps) et du nombre important de terrains de stages existants (plus de 150 en Île-de-France en 2024), les stages partagés avec des co-internes ne sont pas fréquents⁹⁶. Cette particularité, en contraste avec les stages d'internat d'autres spécialités, est soulignée par certains enquêtés comme Alexandra, qui a réalisé un droit au remords depuis la médecine générale :

On est quand même très seul dans les stages parce qu'on n'est pas comme dans les autres... comme les autres internes, à plusieurs dans les stages, où tu crées des vrais liens, et quand tu vis à l'hôp... quand tu vis à l'hôpital, tu vois, le gros lapsus. Quand tu es à l'hôpital, tu vis à l'hôpital [rires]. Et c'est vrai, tu vois, tu crées des vrais liens, et

⁹⁶ En dehors de l'Île-de-France, la majorité des subdivisions n'accueillent qu'un à trois internes par promotion, aboutissant à des effectifs assez faibles d'internes en formation. Cependant, le nombre de terrains de stage ouverts est également beaucoup plus réduit. Les situations ne sont donc pas tout à fait comparables, d'autant plus que, d'après les témoignages d'internes rencontrés dans le cadre des mes fonctions associatives, il arrive fréquemment que les internes se retrouvent lors de leurs stages en CHU, ceux-ci étant probablement plus fréquents dans ces subdivisions, et généralement concentrés en un seul lieu (au contraire des stages au sein de l'AP-HP qui se répartissent dans tout Paris et au-delà).

comme tu fais face souvent à des situations compliquées, bah il y a des vrais liens d'entraide.

Néanmoins, les internes de santé publique se retrouvent parfois à deux ou plus dans certains stages. D'après nos estimations dans l'étude quantitative, environ un cinquième (18 %) des stages réalisés au cours de l'internat le sont avec au moins un co-interne de santé publique, et environ un tiers (34 %) des stages sont réalisés dans une structure où au moins deux internes de santé publique sont présents. Ces analyses restent néanmoins à interpréter avec prudence. En particulier, la présence de deux internes au sein d'une même structure voire d'un même terrain de stage n'implique pas toujours une proximité importante au quotidien.

Les cours constituent un autre moment où les internes de santé publique peuvent se retrouver entre eux. Il s'agit notamment des cours organisés dans le cadre du DES, mais aussi d'autres formations suivies par les internes, notamment le master 1 de santé publique de l'Université Paris-Saclay. Assister à des congrès permet également de rencontrer d'autres internes lors des temps de formation. Comme nous l'avons vu précédemment, la rencontre d'autres internes lors de ces temps de formation constitue d'ailleurs l'une des raisons principales motivant le suivi de formation.

Enfin, les internes ont également l'occasion d'échanger par eux-mêmes entre eux, de différentes façons. Ces échanges ont lieu entre internes d'une même promotion, par messages, lors de rencontres voire d'activités communes organisées. Joseph souligne ainsi : « *les gens de la promo, on parle très souvent sur les groupes de discussion. On s'est vu hier [...] pour discuter des stages.* » Adèle met également en avant ces temps d'échanges : « *Alors... sur l'aspect promo, ben, moi, ce qui m'a marqué, c'était, bah tu vois, notre weekend en Normandie. Parce qu'en fait, on s'est trop bien... Je trouve qu'on s'est trop bien entendus dès le début. Enfin, franchement, notre promo elle était trop cool.* ». L'importance de la « dynamique de promo » ou « vie de promo » est ainsi rapportée par plusieurs enquêtés.

Des liens se font également avec les internes d'autres promotions, plus ou moins avancés dans le parcours. En particulier, différents événements sont organisés pour favoriser ces temps d'échanges : « soirées », « SANI [séminaire national d'accueil des nouveaux internes] », « apéro de rentrée », « apéro-débats », « week-ends d'intégration », « verre ». Les associations d'internes, notamment le SPI (association des internes de santé publique d'Île-de-France) participent à la création de ces liens, soit en organisant ces événements, soit à travers les échanges qu'elles permettent pour les internes s'investissant dans ces associations.

On peut d'ailleurs noter qu'au-delà de rassembler les internes entre eux, certains de ces événements sont aussi l'occasion de rencontrer divers professionnels autour de thématiques ou de pratiques de santé publique, prolongeant les interactions déjà présentes en stage que nous avons décrit plus tôt. C'est par exemple ce qu'évoque Maxime :

Enfin moi ça m'avait marqué, je pense que le premier événement du SPI auquel j'étais c'était un apéro débat avec Stéphanie Rist [médecin députée]. Déjà je trouvais ça marrant que... enfin je me suis dit "c'est fou qu'elle vienne là". Parce que du coup comme j'étais au ministère [...] on en parlait tout le temps de Stéphanie Rist, donc je

me suis dit "ah c'est chouette je vais la voir". Et c'était hyper intéressant... et il y avait un verre après et, ouais en discutant avec les gens, je trouvais ça assez enrichissant.

Une construction en tant que professionnel appuyée par le collectif

Comme on a commencé à le voir, ces moments d'échanges, qu'ils soient en stage, en cours ou en dehors portent sur différents éléments. Il peut s'agir de partager un vécu, par exemple au moment de l'arrivée en santé publique, ou sur un stage commun. Ces discussions entre internes permettent notamment d'échanger sur des difficultés rencontrées, et de se rassurer sur son propre cheminement. En rencontrant des personnes avec une expérience ou un profil similaire, certains internes sont ainsi confortés dans leurs propres choix et projections. Stéphanie rapporte ainsi : « *Je trouve que mes co-internes sont... enfin me ressemblent sur plein d'aspects [...] Donc ça c'est rassurant de voir que d'autres gens ont eu le même vécu que nous* ».

Gauthier, médecin de santé publique ayant réalisé un droit au remords après un burn-out

Après, j'étais pas le seul hein. C'est vrai que, il y a beaucoup de gens, j'ai vu que je n'étais pas le seul. Tu vois, j'ai parlé [d'une interne], que j'ai peut-être imité inconsciemment, je sais pas. Juste après, il y a [une autre interne], je sais pas si tu la connais [...], et justement, on était ensemble au ministère, donc on en a beaucoup parlé. Et ça fait du bien de voir que tu n'es pas tout seul, quoi. [...] Et là, effectivement, j'ai vu en santé publique après des gens qui... bah voilà, qui ont vécu la même chose. [...] globalement, elle me racontait la même histoire que moi quoi.

Maxime, qui a également fait un droit au remords depuis une autre spécialité

Bah là pour le coup je trouve que l'asso, enfin le SPI, ça m'a pas mal apporté. Ponctuellement, parce que c'était, j'ai fait... j'ai assisté à un événement à gauche à droite, mais ça m'a fait prendre conscience un peu de... qu'il y avait des gens avec les mêmes intérêts autour de moi... qui eux-mêmes justement se saisissaient un peu de ce truc-là, de "on se forme nous-mêmes" ou... pas forcément on se forme, mais on échange et ça nous forme, c'est pas... pas forcément pour pallier le manque de formation mais... c'est pour... ça traduit des intérêts. C'est ça aussi que j'ai trouvé très agréable en arrivant en santé publique, c'était de rencontrer des gens dont je me sentais peut-être plus proche... spontanément parce que, ils parlaient pas que de médecine, que de... enfin voilà.

Comme le montre ce dernier extrait, ces échanges sont ainsi l'occasion de renforcer une socialisation d'ouverture au-delà de la clinique et de la médecine plus largement, qui préexistait avant l'internat de santé publique comme nous l'avons vu auparavant.

Au-delà du vécu, ces échanges portent également sur le parcours des internes de santé publique et contribuent à leur orientation. Ils permettent en effet de discuter avec des internes ayant les mêmes intérêts et s'orientant dans des domaines similaires. Les échanges peuvent ainsi porter sur les stages réalisés comme le raconte Marion : « *tu parles et tu te dis « ah tu es là en stage, ah tu fais quoi etc. » [...] tu parles avec les gens et tu découvres les profils* » ou Pierre : « *je parle un*

peu avec les autres internes dans la promo qui me décrivent leur tâche et tout ». Ces échanges contribuent aussi à mieux appréhender l'écosystème de la santé publique, le fonctionnement de certaines structures ou approfondir certaines thématiques. Ils participent ainsi au « développement professionnel », et à la construction d'une « vision » de la santé publique, à la fois collective et personnelle, sur laquelle nous reviendrons dans la suite de l'analyse.

Marion, en fin d'internat

Je trouve que c'est vraiment important pour forger son identité de médecin de santé publique, notamment à travers la vision des autres, même si ce qui est important c'est ta vision à toi mais... Enfin, in fine c'est toi qui vas vivre avec ta vision de santé publique jusqu'à la fin de ta carrière, donc voilà, il faut que tu sois confiant dans ce que tu fais, mais je trouve que c'est très enrichissant de voir les autres. »

Alexandra, en dernier semestre

Et ça t'aide à créer ton... Comment dire ? Pas ta carrière, mais ça t'aide à te... ouais, te créer en tant que médecin de santé publique en fait, en échangeant. Tu peux pas te construire tout seul pour moi. Il faut te construire avec tes pairs en fait. Et comme tu les vois pas forcément quand t'es en stage et tout, bah c'est important d'avoir des moments un peu informels où tu peux échanger et les rencontrer, et... ouais.

On observe d'ailleurs un rôle de compagnonnage proche de celui réalisé par les encadrants de stage. Cet accompagnement peut se faire de manière collective, notamment via l'association, mais également de manière plus individuelle. Stéphanie, interne en premier semestre, souligne par exemple l'accueil qu'elle a reçu lors de son arrivée en santé publique, organisé par les internes plus avancés. Elle retrouve également cet accompagnement par ses co-internes en stage : « Là j'ai de la chance d'être avec des co-internes qui m'aident d'ailleurs énormément et de qui j'apprends beaucoup. ».

Une fois plus avancés dans leur parcours, les internes sont ensuite amenés à accompagner eux-mêmes des internes. Ils reproduisent ainsi ce compagnonnage entre pairs, grâce à l'expérience accumulée et aux compétences développées. C'est par exemple ce que raconte Marion, qui a été amenée à accompagner une co-interne plus jeune au cours de son sixième semestre :

Et puis j'ai bien aimé aussi ce stage parce que j'étais avec une co-interne aussi. [...] Et du coup on était en binôme sauf que j'étais avec pas la même expérience et du coup j'étais presque plus un peu en, ouais, en compagnonnage, où t'apportes des choses. Et c'est agréable de te dire : ah bah j'ai quand même suffisamment progressé dans mon internat pour transmettre des choses tu vois.

On note d'ailleurs ici que l'accompagnement d'autres internes constitue une opportunité de percevoir sa montée en compétences, souvent difficile à appréhender au cours de l'internat, ce que nous avons montré précédemment. Ces occasions de transmissions de savoirs d'un interne à un autre participent ainsi à répondre au besoin de réassurance des internes quant à leurs compétences, dans un environnement professionnel où ils doivent faire leur place, avec des

objectifs à atteindre en tant que futurs médecins de santé publique qui ne sont pas toujours clairement identifiés ni déterminés.

Au-delà de ce compagnonnage, les échanges entre internes se manifestent également par une forme d'entraide, pendant et après l'internat de santé publique. Les internes constituent ainsi un réseau sur lequel ils peuvent s'appuyer, « *des gens qu'on perd pas de vue* », « *avec qui échanger ou quand tu veux changer de poste, [...] si t'as des questions, des avis, des trucs, des situations qui peuvent être similaires* ». On retrouve ainsi un esprit de corps et une confraternité similaires à de nombreuses professions, médicales bien sûr mais également dans d'autres milieux (avocat, polytechniciens, énarques, etc.) [Guglielmi et Haroche 2005 ; de Lamaze et Pujalte 2009 ; Godeau 2014]. Cette entraide et les collaborations entre certains internes ou médecins prennent également leur sens du fait des surspécialisations différentes développées en santé publique.

Maude, à propos d'un travail qu'elle devait réaliser dans le cadre d'un stage

*Donc j'ai fait appel à un très bon ami qui était de ma promo initiale de santé pub [...].
Donc il a un profil vraiment extrêmement axé stats, et qui lui m'a fait les stats... de cet article.*

Ces différents échanges contribuent ainsi à briser la solitude relative des internes de santé publique, à partager un vécu et à se constituer en groupe professionnel.

Réussir (ou non) à sortir de l'isolement

Comme on vient de le montrer, les liens entre internes de santé publique constituent une ressource précieuse pour échanger sur ses expériences, partager des questionnements, approfondir sa connaissance de la santé publique mais aussi évoluer et se développer en tant que futur médecin de santé publique, à travers un compagnonnage entre pairs. Même si différentes opportunités existent pour ces rencontres, certains internes peuvent dans certaines circonstances se retrouver dans une situation d'isolement plus ou moins marquée vis-à-vis de leurs pairs.

Plusieurs éléments peuvent contribuer à ce sentiment d'isolement : ne pas avoir de co-internes en stage, ne pas aller aux cours communs avec d'autres internes, ne pas participer aux événements et rencontres organisées. Ces occasions manquées peuvent être indépendantes de la volonté des internes. Comme on l'a vu, les possibilités de stage à plusieurs internes sont assez limitées, et des contraintes d'emploi du temps (professionnel ou personnel) peuvent empêcher d'assister aux formations ou aux événements collectifs.

Jim, interne en dernier semestre

*Déjà pendant l'internat il y a plein de stages où on est isolé, où on connaît personne.
Donc le fait d'avoir des réunions [...] Et ça moi je trouve ça très bien, d'avoir ces espaces d'échanges là, que ce soit sur des rapports mais en fait d'avoir aussi des soirées co-internes etc. [...] Donc moi je trouve ça à chaque fois très précieux et c'est pour ça que j'essaie d'aller quand même régulièrement à l'ensemble des congrès, d'aller aux... sauf quand les dates tombent mal... d'aller aux soirées, événements,*

d'aller à tout ça. Même si je ne les fais pas systématiquement parce qu'il y a toujours des conflits d'agenda ou d'autres choses qui peuvent arriver.

Cet isolement est aussi, dans certains cas, lié à une difficulté à s'intégrer. Il s'agit parfois d'un choix, certains internes privilégiant par exemple d'autres activités (amicales, familiales, sportives, etc.). Les enquêtés correspondant à ce profil semblent d'ailleurs moins sujets à des questionnements sur l'identité et le rôle des médecins de santé publique et sont davantage fixés sur leur orientation dans un domaine, et ce parfois dès le début de l'internat.

La faible intégration de certains internes peut aussi être due à un sentiment de décalage avec les autres. C'est par exemple le cas d'une enquêtée qui a l'impression d'avoir choisi la spécialité « par défaut »⁹⁷, tandis que d'autres internes l'auraient fait par « conviction », par exemple pour « changer le système de santé ». On peut supposer qu'un tel décalage, à l'origine d'une faible intégration, existe également chez les internes ayant fait le choix de la santé publique par contrainte du classement aux ECN. En l'absence de tels profils parmi nos enquêtés, nous n'avons pas pu étayer cette hypothèse. Néanmoins, j'ai pu observer cela au cours de mon internat, notamment pour les internes choisissant la santé publique avec la perspective de repasser les ECN.

Ce sentiment de décalage peut également être présent pour les internes venant d'une autre spécialité et réalisant un droit au remords en santé publique. C'est par exemple le cas de Gauthier, médecin de santé publique, qui exprime les difficultés rencontrées en lien avec son arrivée décalée dans la spécialité :

En santé pub, euh... alors, il y avait beaucoup beaucoup de stages, c'était génial, mais on se retrouvait souvent à un ou deux et du coup... Au début par exemple, je me suis senti un peu isolé aussi comme ça, notamment mon premier stage où j'étais vraiment, je crois, le seul interne de santé pub. Donc ça m'a pas aidé le premier stage à vraiment me mettre dans le bain de l'internat de santé publique. Après, oui, au ministère, on parlait, mais je... déjà, j'ai eu un peu de mal à me sentir vraiment intégré. Ce n'était pas la faute des internes ou du SPI ou de quoi que ce soit, mais voilà, tu débarques... tu viens d'un autre milieu. Et donc, forcément, c'est un peu dur de se sentir complètement... comme appartenant légitimement à ce milieu. [...] En fait, c'est un de mes regrets de l'internat, je pense... de ne pas m'être plus impliqué avec ma promo, de ne pas avoir participé aux événements. [...] Comme tu loupes la première année, qui est celle où on fait des week-ends d'intégration, où on fait des soirées, où on se découvre et on crée un groupe de promo, toi, t'arrives après ça, donc t'as un peu loupé le coche forcément. Et en plus, tu ne te sens pas tout à fait légitime. Et donc, ouais, je regrette, je regrettais et je regrette peut-être encore un peu maintenant de ne pas avoir créé plus de liens avec les... les gens de ma promo de santé publique ou les autres internes de santé pub.

Comme le souligne cet extrait, la simple formation théorique et pratique, en l'absence d'implication « communautaire », ne semble pas suffisante – au moins pour certains internes – à

⁹⁷ Alors même que son classement aux ECN (dans le 2^e quintile) lui ouvrait l'accès à de nombreuses spécialités et qu'il ne s'agit donc pas d'un choix contraint par les spécialités disponibles.

se sentir légitime comme médecin de santé publique. Cette construction collective serait ainsi nécessaire, ou jouerait a minima un rôle important, afin d'aboutir à une socialisation réussie en tant qu'interne puis médecin de santé publique.

Le sentiment d'être isolé de ses pairs et le manque de légitimité ressenti sont en tout cas identifiés comme des obstacles dans l'internat et peuvent être redoutés par certains. Stéphanie partage par exemple cette inquiétude : « *des choses que je crains un peu peut-être... [...] d'être seule sur un terrain de stage, sans co-internes* ». Certains internes (en particulier ceux se questionnant sur l'identité du médecin de santé publique) mettent donc en place des moyens pour lutter contre cet isolement : en choisissant des stages particuliers, en assistant à des cours ou en s'investissant dans l'associatif par exemple, comme on l'a évoqué précédemment.

Ce besoin ressenti de s'appuyer sur le collectif peut ainsi expliquer le nombre important d'associations d'internes de santé publique existant en France (se reporter à l'introduction concernant la liste de ces associations). Certaines ont été créées dès l'apparition du DES de santé publique et ont très tôt organisés des temps d'échanges entre internes. C'est par exemple le cas avec les assises de la santé publique, premiers congrès des internes de santé publique, organisées dans les premières années suivant la création du DES.

Il est cependant intéressant de souligner que le nombre et la dynamique de ces associations diminuent fortement en ce qui concerne les médecins de santé publique, une fois l'étape de l'internat passée. Au contraire, dans les autres spécialités, l'investissement associatif semble beaucoup plus stable avec l'ouverture des associations d'internes aux jeunes médecins de la spécialité et le « relais » des sociétés savantes. Une telle organisation n'est pas retrouvée en santé publique, avec d'une part une segmentation importante en fonction des domaines d'activité, et d'autre part un travail collectif interprofessionnel dépassant la seule médecine de santé publique et favorisant des collectifs diversifiés professionnellement, comme l'illustre la Société française de santé publique. La spécialité de santé publique semble ainsi moins propice au développement d'un corporatisme important parmi les médecins de santé publique, et pose ainsi la question de leur dénominateur commun en tant que groupe professionnel, comme nous le verrons dans la prochaine partie.

FOCUS SUR MON PARCOURS

Apprendre, entre encadrement en stages et investissement associatif

Au cours des stages, j'ai été encadré plus ou moins directement par un ou plusieurs médecins de santé publique, souvent sous la forme de points d'avancement, prévus régulièrement ou non. Au-delà de l'accompagnement du travail, les interactions avec les encadrants étaient pour moi l'occasion de percevoir leur vision de la santé publique, du système de santé, d'un certain nombre d'acteurs ou de dispositifs, et ainsi de construire ma vision de santé publique, par intégration de ces éléments, ou parfois par opposition. Ces échanges étaient pertinents pour moi et facilement intégrables, car en tant que

médecins de santé publique, ils ont un parcours et une mentalité assez proches des miens, que je comprends et auxquels je peux facilement m'identifier.

Durant mes stages, j'ai également côtoyé d'autres personnes d'horizons professionnels variés : médecins d'autres spécialités (qui souvent, en contraste, faisaient ressortir la vision différente des médecins de santé publique), autres professionnels de santé spécialisés en santé publique (infirmier, pharmacien...), biostatisticiens, étudiants en master et doctorants de santé publique, informaticiens, géographes, personnes formées aux sciences politiques, Énarques, épidémiologistes, chargés de projet en santé publique, chargés de communication, attachés d'administration, inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, juristes, sociologues, documentalistes... L'apport de ces personnes a pu porter sur des compétences techniques précises (par exemple, analyses statistiques) et/ou à la compréhension d'un univers (administratif, informatique, juridique, politique...) ou d'un domaine/thématique (santé environnement, santé sexuelle, surveillance épidémiologique...).

Cet apprentissage s'est fait en partie de manière informelle, via des échanges au quotidien (lors des repas par exemple), par l'observation des interactions, par la participation à des activités plus « festives » (pique-nique, fête annuelle...). Lors de mon troisième stage, réalisé en quasi-totalité en télétravail, ce type d'apprentissage a été plus limité, et je n'ai pas pu en retirer autant que dans d'autres stages.

Extrait de mon journal personnel, 22/10/2022

Et j'en retire [des choses], notamment grâce aux moments d'échange que j'ai pu observer, aussi bien lors des auditions que lors de plénières ou d'autres moments d'échange. Les échanges informels ont d'ailleurs été très informateurs, j'en ai vraiment pris conscience. Ça n'est pas quelque chose pour lequel je suis très doué, d'aller vers les gens et de réussir à les faire parler. Mais quand cela se produit, notamment en discussion à trois ou quatre, on apprend toujours des choses intéressantes : des faits importants, des réflexions, mais aussi des non-dits, des interprétations. Je pense que c'est surtout cela que je vais garder de ce stage, ainsi que l'opportunité d'être en contact avec plein de personnes différentes.

Parmi toutes ces personnes, je n'ai pas vraiment eu de figures/modèles clairement identifiés. J'ai pu identifier chez mes différents encadrants des éléments (parcours, compétences, postures, visions, organisations...) que j'admirais et que je souhaitais m'approprier, ou au contraire dont je préférais m'éloigner. Ceci est valable en particulier pour les médecins de santé publique rencontrés, et dans une moindre mesure pour certaines autres personnes.

Au-delà des stages, l'associatif a occupé et occupe encore une place importante dans mon internat. Dès mon arrivée en santé publique, j'ai rejoint le SPI en tant que vice-président en

charge des stages (puis vice-président, président et trésorier). Je m'y suis investi de plus en plus, et au début de mon 2^e semestre, j'ai également rejoint le CLISP en tant que secrétaire général, puis président, vice-secrétaire aux affaires nationales et chargé de promotion de la spécialité. Enfin, j'ai également participé à la création d'une nouvelle association, rassemblant les internes suivant et ayant suivi l'option administration de la santé, dont je suis devenu secrétaire.

Mon investissement associatif a joué un rôle dans mon internat sur trois aspects principaux :

- la création de relations avec d'autres internes de santé publique, au niveau local et national, permettant notamment d'échanger sur le déroulement de l'internat et d'avoir un aperçu des parcours (pratiques et théoriques) dans différentes villes ;
- l'accès à et la compréhension de différents univers (entre autres via le rôle de représentation du CLISP et sa participation à différentes organisations : SFSP, SNSP, CUESP, CNP-SP, AMISPA, ISNI...) : monde hospitalo-universitaire, lien (difficile) entre tous les acteurs de santé publique, santé publique en administration, etc. ;
- le développement de compétences techniques et organisationnelles (développement souvent initié en association et poursuivi en stage ou inversement), notamment grâce à la forte autonomie et la nécessité de faire avancer les projets, sans encadrement spécifique : utilisation de LimeSurvey⁹⁸, rédaction de mails adaptés aux interlocuteurs, gestion de projet (cadrage, planification, réunion, animation), analyses statistiques, publipostage, graphisme, rédaction de rapports, notes, articles ou posters, gestion de site internet, trésorerie, organisation d'événement, etc.

Extrait de mon journal personnel, 26/09/2021

Et pour revenir justement à toutes mes activités actuelles, les dernières semaines ont été particulièrement chargées. L'un des événements majeurs et qui a été l'aboutissement d'un long travail est l'audition du CLISP pour la mission de refondation de la santé publique portée par Franck Chauvin. Je suis allé au HCSP mercredi dernier, accompagné par Léo, secrétaire général du CLISP, pour présenter et expliquer les propositions des internes de santé publique pour cette mission. Bien sûr j'appréhendais beaucoup, parce que cette audition se faisait en présence de personnes très variées, avec souvent une grande expérience de la santé publique. [...] Malgré cette appréhension, ça s'est très bien passé. Les échanges ont été constructifs, intéressants, bienveillants, avec une réelle volonté de comprendre nos propositions. Bien sûr, nous avons beaucoup travaillé depuis les derniers mois. J'ai lu énormément, de rapports, de témoignages, d'articles, de prises de position, d'échanges, de synthèses, etc.

⁹⁸ Logiciel d'enquête statistique, de sondage, et de création de formulaires en ligne

En dehors de l'associatif, mon internat est jalonné d'autres temps d'échanges entre internes : apéros, activités, congrès, soirées d'échanges sur une thématique (via le SPI ou en petit groupe auto-organisé), mais également cours (en particulier dans le cadre de l'option administration de la santé, où j'ai eu trois mois de cours, au sein d'une promotion de 8 internes de santé publique). Ces temps entre internes sont souvent des moments privilégiés à la fois pour partager notre vécu de l'internat (en stage, en cours...) mais aussi pour discuter de sujets de santé publique et échanger sur nos visions respectives.

Ces différents éléments répondent à ce que nous avons pu observer parmi nos enquêtés. Deux points importants complémentaires à notre analyse peuvent être soulignés :

- En tant qu'interne de santé publique, j'ai parfois constaté durant mes stages que j'occupais une place spéciale vis-à-vis d'étudiants stagiaires ou d'autres membres de l'équipe : faciliter d'accès à l'encadrant/supérieur hiérarchique (qui se traduit par exemple par un tutoiement ou une proximité des bureaux), à certaines informations ou réunions, possibilité d'être plus transversal, de discuter avec des personnes de différentes équipes, etc. Un tel positionnement n'a pas été souligné explicitement par les enquêtés mais semble cohérent avec l'idée d'un compagnonnage entre pairs.
- Les associations ont joué une place particulièrement importante dans mon internat : je m'y suis particulièrement investi et elles m'ont apporté beaucoup. Si un tel investissement peut être considéré comme un cas « extrême » par rapport à l'ensemble des internes, il illustre bien les connaissances et compétences qu'il peut apporter dans le cadre de l'internat de santé publique, en offrant des opportunités et des espaces relativement libres pour s'exercer à certaines activités.

II.5. Socialisation des internes de santé publique : un exemple de construction progressive d'un parcours et d'une juridiction professionnelle

Comme on a pu le décrire ici, différents éléments entrent en jeu dans le processus de socialisation et de professionnalisation des internes de santé publique, que ce soit en termes d'activités, de compétences, d'organisation, d'orientation ou encore d'accompagnement.

Cette socialisation, aboutissant à une montée en compétences et une construction professionnelle progressive, est retrouvée chez différents enquêtés. Pour l'illustrer, nous prendrons l'exemple de Benoît, à la fin de son internat de santé publique au moment où je le rencontre, et qui explicite clairement la façon dont il a ressenti cette progression. Au cours de ses premiers stages, il rapporte avoir réalisé différents projets dans lesquels il s'est investi de manière plus ou moins importante, avec des types d'activités variés, lui ayant permis de développer certaines compétences. Il exprime une préférence pour certaines tâches. Il montre aussi que ces activités ne correspondent pas forcément à des choix de sa part :

Le premier projet [...] j'avais fait du SAS, j'avais appris à coder en SAS. Et, donc ça c'est... j'avais bien aimé.

Donc là, j'ai eu pas mal de biblio, de recherche, etc., de lecture de papiers, etc. et de synthèse. Bon... ce n'était pas inintéressant, ce n'était pas ce que j'avais préféré.

Là... le projet qu'on m'a proposé, au final, ce n'était pas trop ce à quoi je m'attendais. Enfin, c'était un... Donc eux, ils faisaient une méta-analyse de toutes les études d'intervention [...]. Et moi, je faisais plus ou moins tous les matins le screening des études qui sortaient pour... celles qui pourraient intéresser la méta-analyse.

Dans certains de ces premiers stages, il rapporte une autonomie limitée, associée à un faible encadrement et une proactivité variable de sa part :

Mais donc pareil, il y a des moments où j'étais un peu laissé pour compte. Et... à ce moment-là, j'avais pas spécialement la motivation non plus de, de me... enfin d'être à 100 % autonome et de me dire "je vais faire ça, ça, ça et ça", apprendre... etc. Mais donc voilà, bon après c'était... comme je dis, ça m'avait quand même assez intéressé, apprendre à coder, etc., le fonctionnement...

Bon là, c'était vraiment le pire stage en termes d'encadrement, j'étais vraiment tout seul. Elle m'a donné... En gros, moi j'aurais voulu apprendre du R ou quoi pendant ce stage-là [...]. Le fait est que, en fait, il pouvait que coder en Python sur l'environnement. Et euh... bon j'aurais peut-être dû militer plus pour dire "je fais un truc en Python, j'apprends et tant pis". L'encadrante, elle était partie sur un autre projet [...] pff, tout un tas de trucs extrêmement chiants. Enfin, j'aurais dû m'affirmer plus [rires]. J'aurais clairement dû m'affirmer plus pour faire ce que je voulais.

J'étais passif quoi, j'avais pas vraiment de rôle à part. Bon donc voilà, ce stage-là, il est passé, pas... pas appris grand-chose, pas fait grand-chose.

Au contraire, les stages suivants sont marqués par un meilleur accompagnement, un investissement plus important de sa part et la sensation d'une progression dans son parcours, avec le développement de ses compétences. En mettant à profit l'expérience de ses premiers stages et de sa formation théorique, il approfondit ses savoir-faire et gagne en autonomie, n'ayant plus besoin d'un encadrement aussi rapproché que lors de son début d'internat :

Bah je me suis pas mal impliqué là pour le coup, c'est le premier stage où vraiment... [...] Et... Donc là, j'ai vraiment bien appris à faire du R, en continuité du master 2. Euh... J'ai appris un certain nombre de, de méthodes aussi, statistiques, etc., ou d'évaluation des, des interventions en santé publique

Non j'étais assez bien encadré sur les... sur vraiment les stages qui m'ont... enfin, les stages, on va dire « pilier » de mon internat, j'étais bien encadré. Et en même temps, c'était pas non plus, là derrière moi tous les jours à regarder ce que je faisais, et... J'avais quand même une certaine autonomie.

Non, mais c'est... en termes d'analyse de données, etc. c'est là où j'ai vraiment bien appris, où je suis devenu à l'aise, quoi.

Et... j'ai fait beaucoup plus de choses. Enfin, on m'a confié vite, beaucoup plus de choses à faire. Des demandes pour des données. Et puis pas mal de... de qualités, de... des cours.

C'est aussi à l'occasion de ces stages qu'il rencontre des « modèles », des personnes dont il apprécie la manière de travailler ou la vision. Il évoque ainsi l'un de ses encadrants de stage :

J'aimais, j'aimais vraiment bien la personne qu'il était, on va dire. Et puis, même dans le boulot, on sentait qu'il était bon et puis il était... Je trouvais qu'il gérait bien l'équipe et tout. Il était proche tout en étant... il était respecté. J'ai bien aimé, oui.

Finalement, à la fin de son internat, il est à la fois plus proactif, plus autonome, tout en restant guidé et accompagné mais de façon moins rapprochée, comme en témoigne l'expérience de son dernier stage :

Donc ils m'ont dit, bah vas-y, débrouille-toi, trouve où sont les problèmes, et... Bon non, j'exagère un peu, pas débrouille-toi, mais prends ça en main et... regarde ce que tu peux trouver, comprendre et changer, quoi. Et bah au final, j'ai trouvé un certain nombre de problèmes [...]. Et bon donc j'ai trouvé des solutions pour tous ces trucs-là, on va dire, là pour le coup, un peu en autonomie. Enfin en autonomie, c'est... on m'a pas donné les idées comme... enfin jusque-là, c'était un peu fake. Pendant la thèse, c'était... regarde ça, regarde ça, regarde ça, et je faisais, quoi. Donc là, ouais voilà, c'était plus des idées qui venaient de moi. Bon après, toujours en discussion avec, avec mes encadrements, etc. Mais... plus en autonomie.

Enfin j'ai lu, je me suis pas mal intéressé [...]. Donc ça, principalement c'est ça que j'ai fait dans l'année, mais tout seul j'ai pas mal lu tous les... enfin les autres documents, etc. sur les autres... [...], comment ça marchait, etc. Parce que c'est des trucs que j'avais... que je vais devoir faire [rires]... à l'avenir, donc. Donc je me suis un peu auto-formé, comme ça sur tous les trucs régl... enfin réglementaires, voilà, c'est pas du réglementaire [rires]...

A travers ce parcours, on retrouve ainsi différentes situations possibles au cours des stages d'internat. Dans certains cas, les internes ont peu d'autonomie, ne font pas preuve de proactivité et sont peu encadrés, aboutissant à un faible développement de leurs compétences et de leurs connaissances. A l'inverse, ils peuvent être à la fois proactifs, autonomes et responsabilisés, tout en étant guidés ou accompagnés dans leur avancement, leur permettant ainsi de progresser. Entre ces deux extrêmes il existe bien sûr de nombreuses configurations intermédiaires.

On constate ici pour Benoît qu'au fur et à mesure du développement de ses compétences, il se sent plus à l'aise, gagne en autonomie et peut être responsable de davantage de projets ou

d'activités plus complexes. Il a toutefois toujours la possibilité de s'appuyer sur son encadrant et ses collègues pour échanger, avoir des conseils et être accompagné lorsque c'est nécessaire.

Ce parcours, même s'il est émaillé de quelques « écarts » ou difficultés à dépasser, reste dans son ensemble assez linéaire. Cela est d'autant plus le cas que Benoît s'oriente assez rapidement au cours de son internat. En plus de certaines appétences initiales, par exemple pour la recherche clinique, il découvre et confirme assez rapidement son intérêt pour la manipulation et l'analyse de données quantitatives, ce qui oriente par la suite ses choix de stages. Ses différentes expériences et son attrait pour des activités et sujets diversifiés et sur des temporalités assez courtes lui permettent d'orienter son parcours vers l'information médicale.

Les 1 an, donc [dans une unité de recherche], ça m'a plu, d'analyser les données, etc., mais... je ne me voyais pas faire projet de recherche sur projet de recherche sur projet de recherche. Pff, passer 1 an sur le même sujet, c'était bien en termes de formation, mais au bout d'un moment, j'en avais marre de... [rires] J'en avais vraiment marre d'entendre que... parler d'un truc, un truc, un truc. Donc, je me suis dit que là, il me fallait un truc plus... plus divers, où tu faisais plus de petits trucs les uns à côté des autres, enfin... Et donc, je me suis dit, bah c'est vrai que le DIM, tu fais plein de choses différentes, plus à court terme.

C'est donc dans des stages d'information médicale qu'il termine son internat, avec pour objectif de compléter sa formation et de consolider ses compétences en vue d'un poste dans ce domaine à l'issue de son internat. Son parcours assez clair, qui plus est dans un domaine « historique » du DES de santé publique⁹⁹, limite ses questionnements en particulier sur son rôle et sa place en tant que futur médecin de santé publique. A titre d'illustration, les termes « doute », « questionnement », « rôle », « place » ou « identité » n'apparaissent pas une seule fois au cours de l'entretien lorsqu'il parle de son internat de santé publique.

Et c'est vrai que dès le début de mon internat au final, bah j'avais cette idée-là en tête, je sais pas trop pourquoi, du DIM. Et... dans ma tête, c'était une des... comment dire, un des débouchés principal.

Enquêteur : Ou est-ce qu'il y a des questions que tu t'es posé pendant ton internat [...] ?

Benoît : Ouais, non, honnêtement aussi, c'était... Je pense qu'on peut dire que c'était un peu au jour le jour. Moi, je me suis pas trop pris non plus la tête. Et euh... non, enfin... Ouais, j'aimais bien... J'aimais bien... la liberté que la spécialité pouvait apporter.

On peut considérer qu'un tel cheminement linéaire et sans remise en question importante constitue un cas particulier, qui n'est pas retrouvé de manière aussi tranchée chez la plupart des internes. Cet exemple reste toutefois une bonne illustration de différents processus à l'œuvre durant la socialisation des internes de santé publique.

⁹⁹ Dans une enquête de 2012, l'information médicale représentait ainsi la deuxième orientation la plus fréquente des anciens internes de santé publique, soit près de 20% des répondants.

II.6. Conclusion

Alors que l'internat de santé publique constitue une porte de sortie vers un exercice alternatif pour certains étudiants en médecine ne se projetant pas dans d'autres spécialités, notamment cliniques, l'arrivée en santé publique constitue une rupture plus ou moins marquée, avec l'entrée dans un univers le plus souvent inconnu jusque-là. Les internes de santé publique doivent faire face et s'adapter à de nombreux changements par rapport à ce qu'ils ont connu durant les deux premiers cycles de leurs études de médecine. Cette nouvelle étape de socialisation au cours de l'internat de santé publique se caractérise ainsi par la découverte et l'adaptation à de nouvelles activités aboutissant au développement de compétences variées, l'appropriation de temporalités et d'une organisation de travail peu familières jusqu'alors, la construction de repères pour s'orienter dans un champ très large et peu balisé, le développement d'une proactivité importante nécessaire pour évoluer dans un cadre souvent très libre, ou encore l'accompagnement par de nombreux professionnels variés, au premier rang desquels les médecins et autres internes de santé publique, participant ainsi à l'intégration dans un collectif qui reste cependant fragile.

En avançant dans l'internat, les internes de santé publique dessinent plus ou moins intentionnellement un parcours (parfois en cherchant à reconstruire une cohérence a posteriori) et essayent de trouver leur place dans le domaine de la santé publique, notamment à travers l'orientation qu'ils choisissent. A travers ces différentes transformations et adaptations, l'internat de santé publique permet aux internes de construire une vision de leur rôle dans le domaine de la santé publique. L'internat est également marqué par une mise à distance de la vision médicale intégrée au cours des deux premiers cycles d'études, et centrée sur la prise en charge de personnes malades à travers des activités de diagnostic, prescription et suivi des patients. La médecine et l'approche clinique n'occupent ainsi plus toute la place pour ces internes : de nombreux autres domaines et disciplines sont mobilisés au côté de la médecine (épidémiologie, sciences humaines et sociales, informatique médicale, promotion de la santé, etc.). La médecine est ainsi beaucoup moins omniprésente au quotidien (par exemple à travers les discussions), et occupe une place réduite, aux côtés d'autres activités ou centres d'intérêt, en alignement avec certaines dispositions acquises précédemment, comme la curiosité et l'ouverture intellectuelle et culturelle.

Cet éloignement à la médecine vient cependant remettre en question certains acquis des socialisations antérieures. Il participe notamment à nourrir les doutes des internes et médecins de santé publique quant à leur identité. Dans la prochaine partie, nous nous intéresserons ainsi plus en détails à la manière dont les futurs médecins de santé publique perçoivent leur rôle et articulent médecine et santé publique, et la façon dont la construction de cette potentielle nouvelle identité est vécue.

III. De la socialisation commune à l'identité collective : une conversion du regard sur sa propre place qui reste néanmoins inachevée

On l'a vu, le passage par le DES de santé publique marque un changement important sur différents plans. Il ne s'agit pas d'une simple étape dans les études de médecine, mais d'une transformation du travail, du regard et finalement de l'identité professionnelle, à travers une socialisation qui met à distance certains des acquis précédents. Néanmoins, en tant que futur médecin de santé publique, les étudiants se questionnent sur ce qui fait leur rattachement à la médecine, et doivent apprendre à se repositionner différemment de ce qu'ils avaient projeté au cours des deux premiers cycles des études de médecine.

III.1. De *médecin* à *médecin de santé publique* : du colloque singulier à l'interface entre des mondes variés

Au cours des entretiens, différentes caractéristiques du médecin sont mises en avant ou sous-entendues par les enquêtés. Celles-ci concernent les bases communes acquises, la construction en tant que professionnels, la pratique et la reconnaissance de cette pratique.

III.1.1. Une expérience constructrice commune et une reconnaissance forte de la profession médicale

Des connaissances et un vécu partagés

L'un des éléments essentiels mis en avant par les enquêtés pour caractériser les médecins concerne les bases communes acquises et plus spécifiquement les connaissances dites « médicales » : approche clinique, connaissances biologiques, compréhension des maladies et de leur traitement, etc. Ces nombreuses connaissances servent d'appui et sont mobilisées à de multiples occasions. Elles forment un savoir médical spécifique, traditionnellement opposé au savoir et à la vision profanes [Becker et al. 1961]. Elles permettent ainsi une compréhension à différents niveaux, depuis l'appréhension de mécanismes de la physiopathologie humaine jusqu'à la compréhension d'un dossier médical ou d'une discussion entre médecins. Ces bases communes sont ainsi mises en avant par les enquêtés, sans toutefois être forcément rattachées à une utilité dans la pratique de la santé publique, sauf celle de faciliter le dialogue avec d'autres médecins, comme nous le verrons ensuite.

Benoît, en dernier semestre

J'ai quand même fait 6 ans de médecine classique [...]. Et il y a plein de mécanismes, de fonctionnement du corps humain que tu retiens et que... Enfin la physiopathologie c'est quand même quelque chose que tu retiens et... qui reste quoi.

Stéphanie, en premier semestre

Je considère qu'à partir du moment où on peut lire un dossier médical en comprenant le jargon médical, en sachant identifier des catégories de médicaments, voilà... C'est des choses qui ne sont pas accessibles à quelqu'un qui n'est pas médecin.

Au-delà des connaissances, c'est tout le parcours de formation qui est considéré comme un socle commun caractérisant les médecins. Cette expérience partagée et les apprentissages qui en découlent concernent différents aspects.

Tout d'abord, les modalités de sélection et de formation théorique au cours des premier et second cycle des études médicales sont un élément assez marquant, avec le passage par deux concours¹⁰⁰, et l'assimilation d'une quantité importante d'informations, nécessitant de développer des stratégies d'apprentissage spécifiques [Saint-Marc 2011]. Ainsi, Jim parle d'une « culture commune ». De son côté Joseph identifie « le fait d'être très carré, dans l'organisation... et de ne pas avoir froid aux yeux ». Alexandra insiste également sur les capacités intellectuelles et de travail qui seraient ainsi sélectionnées (traduisant ainsi une certaine image qu'a la profession médicale d'elle-même) :

On est médecin, enfin on est quand même arrivé là, c'est qu'on a un peu de jugeote, et qu'on est un minimum intelligent. Enfin tu vois, n'arrive pas là qui veut, [...], on sait quand même travailler, on est quand même des... acharnés dans le travail, enfin on sait bosser, tu vois, tu demandes de faire quelque chose, pour la plupart, enfin je pense pour 99 %, on sait le faire, enfin, ça percute quand même, tu vois, là-haut.

Ensuite, les expériences vécues dans le cadre des stages d'externat permettent une acculturation et une compréhension du fonctionnement hospitalier (et dans certains cas de la pratique libérale ou salariée en médecine générale, même a minima), de la manière dont les professionnels y travaillent, du rythme et des enjeux spécifiques. Il s'agit ainsi « d'avoir un peu ce côté de connaître la clinique, de connaître ce qui se passe à l'hôpital, et de l'avoir vécu », de savoir « comment ça se passe dans un service hospitalier ». Maxime précise par ailleurs que pour « les gens, c'est très difficile de se rendre compte de ça, c'est assez inaccessible quand même comme... de voir de l'intérieur comment ça fonctionne. » Ainsi, le fait de connaître ce fonctionnement est valorisé par les enquêtés.

Une vision spécifique

Cette formation et cette expérience commune influencent également les interactions entre pairs. Au-delà des connaissances, le statut de médecin facilite les échanges avec d'autres médecins. C'est ce que souligne Maude, en décrivant l'accès privilégié qu'ont les médecins à leurs confères :

C'est dur de s'adresser aux cliniciens quand on n'est pas soi-même médecin. Je trouve que la posture de médecin pose un petit peu la personne.

¹⁰⁰ Les ECN ne sont pas un concours à proprement parlé (l'ensemble des candidats est admis), mais l'importance du classement obtenu, notamment pour le choix de la spécialité, en fait un événement assimilé à un concours par les étudiants.

De manière plus large, les médecins sont associés à une vision et un regard spécifique découlant de cette formation et de ces expériences, particulièrement prenantes, qui se prolongent dans les relations sociales de certains étudiants. Les enquêtés soulignent ainsi une vision « *full [totalement] médecine* », avec peu de place pour d'autres approches et d'autres centres d'intérêt. Alexandra l'évoque ainsi de manière involontaire alors qu'elle parle de son expérience en stage : « *quand tu vis à l'hôp... quand tu vis à l'hôpital, tu vois, le gros lapsus. Quand tu es à l'hôpital, tu vis à l'hôpital [rires].* » Elle souligne par ailleurs la place importante qu'occupe la médecine dans son couple, son compagnon étant lui-même interne : « *tu te racontes ta journée [...]. Tu parles d'une prise en charge de patient, tu parles de ton chef, tu parles de ci, tu parles du diagnostic, de la pathologie que tu as vue, du truc de fou qui t'est arrivé. Donc forcément, ça prenait une énorme place dans notre vie* ».

Malgré cette vision centrée sur la médecine, certains enquêtés soulignent que cela n'empêche pas les médecins de se sentir légitimes sur d'autres sujets, concernant le système de santé mais aussi au-delà, parfois à tort, estiment-ils.

Marion, en fin d'internat

C'est quand même ce côté : on est médecin donc on sait un peu tout faire on est un peu des couteaux suisses, parfois. « Oui, je connais le monde de l'entreprise parce que j'ai des patients qui me racontent », [...] je peux parler de tous les sujets parce que je suis médecin. [...] Bah non enfin tu peux voir comment ça fonctionne mais ça te donne pas une légitimité pour parler du monde de l'entreprise par rapport à d'autres.

Maxime, en milieu d'internat

Les médecins, à l'hôpital, ils savent même pas comment sont financés les trucs, qui paye quoi, qui, enfin tu vois, tu te dis mais... c'est absurde. En fait, du coup, les débats, tous les gens qui débattent sont des gens qui ont aucune idée des enjeux, enfin [...] tu vois des gens qui représentent les médecins, tu te dis mais eux ne comprennent rien de ce qui... de ce dont ils parlent quoi, [...] du système de santé, de ce que font les autres professionnels aussi.

Un rôle auprès du patient et un statut reconnu, mis en avant par les enquêtés

Un deuxième élément majeur caractérisant les médecins est la pratique clinique et la relation avec les patients. L'idée du colloque singulier entre le médecin et le patient comme fondement de la médecine semble particulièrement ancrée. Gauthier rapporte par exemple un échange avec un autre médecin qui lui affirmait : « *un médecin ça doit être auprès du patient* ». Marion souligne que « *dans l'imaginaire collectif, le médecin, il a son stéthoscope et il écoute des cœurs et il prend la tension* », tandis que Stéphanie parle du « *cœur de métier d'un médecin qui dédie l'essentiel de son temps à ses patients et aux soins* ».

Au-delà de la proximité avec le patient, c'est en particulier son rôle de soignant qui caractérise le médecin. Il a ainsi un rôle « curatif », il est là pour « guérir », « répondre dans un terme clinique », « soigner » voire « réanimer ». Il est sollicité en cas de problème de santé pour poser un diagnostic et proposer un traitement. Ce rôle s'incarne notamment dans l'acte de prescription, qui symbolise ce rôle de soignant. Il s'agit d'ailleurs d'une caractéristique et une particularité propre

au médecin, reconnue de manière légale. Même si le droit de prescription est ouvert – de manière limitée – à d'autres professionnels de santé, l'acte de prescrire et l'ordonnance médicale constituent des attributs importants du médecin.

Ce rôle particulier confère aux médecins une reconnaissance importante de la part des patients et plus largement de la société. Non seulement les patients confient leur santé à ces professionnels, mais ils expriment en retour une gratitude, faisant de la médecine un exercice très différent d'une simple prestation de services.

Stéphanie, interne en premier semestre

Je pense que ça apporte aussi une gratification complètement différente. Quand tu vois 30 personnes par jour en consultation et que tu les aides, qui vont mieux, qui te remercient, qui t'apportent du champagne et des chocolats.

Cette reconnaissance individuelle se traduit également à l'échelle de la société, au sein de laquelle les médecins jouissent d'un certain « prestige » et d'un « statut » particulier. Ainsi, comme en témoigne Maxime : « *quand tu dis que t'es médecin, les gens "ah t'es médecin, c'est génial" »*. Ce statut se répercute également au sein de la cellule familiale, où le médecin est souvent sollicité par ses proches. C'est par exemple ce que raconte Pierre, interne en premier semestre et dont le père est médecin :

Enfin, le fait d'être médecin, c'est pas forcément uniquement un statut par rapport à tes patients, quoi, c'est aussi un statut dans ton environnement, et... enfin je vois, nous dès qu'on a un problème de santé, ma sœur elle a des enfants, du coup, quand ils sont malades ou quoi, bah elle envoie des messages à mon père : « est-ce que tu peux me prescrire... ? »

Des caractéristiques correspondant aux attributs de la profession médicale

Ces différents éléments font bien sûr écho aux caractéristiques de la profession médicale telles que décrites en sociologie [Freidson 1970 ; Champy 2012 ; Osty 2012 ; Dubar et al. 2015 ; Schwyer 2018]. En tant que groupe professionnel, les médecins disposent en effet d'un certain nombre d'attributs leur conférant un statut particulier.

La médecine fait ainsi partie des professions centrées autour d'une activité intellectuelle à finalité pratique, et a développé dans ce cadre un ensemble de savoirs et de compétences de haut niveau indispensables à sa pratique. A travers le développement d'un cursus universitaire délivrant une formation longue et spécialisée, fondée sur la science, et aboutissant à l'obtention d'un diplôme conditionnant l'autorisation d'exercice de la médecine, la profession médicale revendique des savoirs et des pratiques dont elle a le monopole, et qui placent les personnes non-détentrices de ces connaissances en position de profanes.

Ce savoir et les pratiques qui en découlent sont par ailleurs orientés vers une activité de service, et plus précisément un service d'intérêt général à destination de la population dont la visée est le soin des malades. Les médecins revendiquent ainsi, notamment auprès de la population et de leurs potentiels patients, un sens moral, un désintéressement et une neutralité affective nécessaires à l'exercice de la profession.

Le positionnement des médecins comme une « profession savante et consultante » leur permet ainsi de bénéficier d'un statut particulier à plus d'un titre :

- La médecine fait ainsi partie des professions réglementées, avec un exercice monopolistique conditionné par l'obtention d'un diplôme spécifique, au nom de la protection du public.
- Les médecins bénéficient d'une délégation d'autorité, l'Etat leur confiant une autonomie forte dans la régulation de la profession, marquée ainsi par un autocontrôle, le groupe professionnel étant ainsi juge de la qualité et de la conformité des pratiques de ses membres¹⁰¹ (Freidson parle d'autonomie technique).
- Cette autorité déléguée par l'Etat, et notamment l'exercice exclusif de la médecine par la profession médicale, confère à cette dernière une prééminence voire un contrôle sur tout autre métier de la santé, dans une position dominante.
- L'organisation des médecins en groupe professionnel repose en principe sur un esprit de corps, caractérisé par un idéal de service et des valeurs communes fondant la culture médicale. La fédération de cette communauté professionnelle s'exprime également à travers une confraternité entre ses membres.
- Enfin, l'utilité sociale des médecins, appuyée par leur haut niveau de compétences et leur autonomie technique, permet à la profession de bénéficier d'une légitimité et d'un prestige auprès de la population. Ceux-ci s'expriment notamment à travers une gratification sociale, plaçant les médecins au sommet de la hiérarchie des métiers.

Ces différents attributs sont retrouvés et plus ou moins mis en avant dans le discours de nos enquêtés. On y identifie ainsi la place importante des savoirs médicaux, la confraternité à l'intérieur du groupe professionnel, l'utilité sociale des médecins à travers leur rôle de soignants, et la reconnaissance sociale, la forte légitimité voire la supériorité hiérarchique des médecins, par exemple à travers leur revendication à pouvoir aborder des sujets dépassant le champ de la médecine, rapportée par certains enquêtés.

III.1.2. Médecin de santé publique : des propriétés partagées avec la profession médicale ?

Se reconnaître dans certaines caractéristiques des médecins...

Parmi les propriétés des médecins présentées par les enquêtés, certaines sont pointées comme communes à tous les médecins, y compris aux médecins de santé publique, tandis que d'autres vont être identifiées en opposition à ce qui caractérise les internes et médecins de santé publique. Cette identification différenciée est bien visible dans la façon dont les enquêtés présentent ces caractéristiques. Alors qu'ils emploient plus volontiers la première personne et s'incluent dans le « groupe » des médecins lorsqu'ils évoquent des caractéristiques communes (« *on fait 6 ans de médecine, comme tout le monde, [...] on a des connaissances médicales* »), ils utilisent la troisième personne pour souligner les différences sur certains aspects divergents (« *je sais pas, c'est un truc intrinsèque aux médecins cliniciens* »).

¹⁰¹ Dans les faits, l'exercice de ce contrôle interne à la profession reste faible voire absent, comme l'a décrit Freidson.

Les enquêtés se reconnaissent dans certaines caractéristiques des médecins, telles qu'ils les décrivent. Parmi celles évoquées précédemment, les connaissances médicales et du fonctionnement des lieux de soins constituent un élément important qu'ils rattachent à la fois à l'ensemble des médecins mais aussi aux médecins de santé publique. Au-delà des connaissances, les capacités de travail et d'adaptation développées au cours des études sont également soulignées comme des caractéristiques importantes pour les médecins de santé publique. Elles continuent d'ailleurs selon eux à se développer au cours de l'internat. Enfin, la posture et le statut de médecin jouent un rôle important pour les médecins de santé publique, particulièrement dans les échanges avec leurs pairs. Ce statut commun leur donne en effet des facilités pour entrer en contact et échanger avec d'autres médecins.

Les internes de santé publique se raccrochent ainsi à une partie des attributs fondant la légitimité du médecin, en particulier son savoir spécifique et son appartenance à un groupe dont l'accès est régulé. Du fait des particularités de la spécialité, ces internes semblent cependant s'écarter d'autres caractéristiques, notamment concernant l'approche individuelle et curative, et la reconnaissance sociale qui en découle.

... et en développer de nouvelles

Au-delà de ces éléments partagés, les enquêtés mettent également en avant certaines propriétés qui semblent spécifiques au médecin de santé publique, notamment des connaissances et une vision considérées comme plus larges (plurielles, pluridisciplinaires), une certaine prise de recul par rapport à la médecine (à la fois clinique, mais également plus largement sur sa place dans la société) et une valorisation plus importante des capacités de réflexion et de créativité.

Comme on l'a vu, au cours de l'internat, les médecins de santé publique ont l'occasion de développer leurs connaissances et compétences dans de nombreuses disciplines. Ainsi, Jim précise qu'« *on a une connaissance de l'administration, de l'économie, du fonctionnement, etc.* » tandis qu'Adèle souligne qu'« *on a plein de compétences ultra... ultra transversales* ». Cette ouverture contribue à alimenter et construire une vision professionnelle particulière, que Maude décrit comme « *une vision très globale du système de santé, de l'organisation des soins* », « *différente de celle des autres médecins* ».

Alexandra, en fin d'internat

Enfin, avec la vision que j'ai [...] acquise en venant en santé publique, de voir la vision que, eux [des amis médecins], ils ont et que j'avais sûrement avant. Et c'est là où je vois, aussi, l'évolution que j'ai eue parce qu'il y a des divergences, il y a des choses que je pensais comme eux avant, [...] par exemple les consults avec des dépassements d'honoraires où tu prends 100 balles ta consult, non. Pour moi non, c'est pas possible. [...] Tu vois ma pote qui est chef et qui me dit "oui, mes internes, ils se barrent tôt, à 19h ils sont tous partis". [...] Mais je dis "mais [...], 19h, ils sont là depuis 9h, ça va ?" Je pense que c'est quand même une journée correcte. [...] Et j'étais comme ça, avant, [...] moi je voyais mes co-internes se barrer à 18h30, j'étais "Bah eh, dis-donc, on finit un peu tôt", tu vois. [...] En fait, tu vois, vraiment je vois l'évolution un peu de mon mode de réflexion et de pensée en ayant connu la santé publique, et puis en m'étant orientée vers le côté prévention, promotion et puis un peu, public

précaire, tu vois, aussi. Maintenant les remarques sur l'AME [aide médicale d'Etat], CMU [couverture maladie universelle], [...] je laisse plus trop passer ça. [...] Tu vois quand il me dit "moi, mon patient, je le vois que pour son problème ORL et je t'avoue son côté social je m'en fous", je lui dis non, non ! Parce que s'il a pas ça, s'il a pas de toit sur la tête, tu m'étonnes qu'il soit comme ça. [...] Mais t'essayes un peu, petit à petit, de faire comprendre aux gens que tu prends pas juste un organe en charge, tu prends un patient en charge dans sa globalité.

Cette transformation de la vision se caractérise notamment par une réflexion perçue comme nouvelle et une prise de recul importante par rapport à des conceptions antérieures. Certains enquêtés considèrent ainsi que le médecin de santé publique développe particulièrement sa réflexivité, et est également plus prudent sur sa manière d'aborder les sujets, en mettant en balance différentes perspectives. Ces réflexions portent ainsi sur le rôle même et les pratiques des médecins de santé publique comme cela est illustré par les interrogations de Jim :

Où est-ce qu'on a envie de mettre un médecin de santé publique, partout et nulle part. Même s'il a plus sa place en ARS [agence régionale de santé], en CPTS [communauté professionnelle territoriale de santé], mais en collectivité, auprès des élus, aussi. Enfin... sur les sujets santé. Et en fait, là, la question pour moi ce sera plutôt : qu'est-ce qu'un sujet santé, qu'est-ce qu'un sujet médical ? Et sur la médicalisation, surmédicalisation de la société, est-ce que tout devient médical ou pas ? Quand les sujets ne sont pas pris par les politiques sur tel ou tel aspect, est-ce qu'il ne faut pas justement qu'on [s'empare] de ces aspects parce que ça n'est pas pris ? Ce qu'on voyait encore sur la santé environnement, le fait d'amener des sujets santé, là-dessus. Nous on sait que ça a un impact sur la santé, mais le fait de le dire, de le mettre, est-ce qu'on ne médicalise pas non plus ces aspects-là ? On voit ça [de façon] flagrant[e] sur les écrans, et là il y a la remise du rapport et du compte rendu des assises de la pédiatrie, etc. Pour moi on médicalise aussi ce sujet, est-ce qu'on surmédicalise pas trop ?

Jim s'interroge ainsi sur la différence entre ce qui relève du médical et ce qui relève de la santé, soulignant ainsi l'approche centrée sur les maladies en médecine, tandis que la santé publique est tournée vers la santé de façon plus large. Ses réflexions posent également la question de la place du médecin de santé publique : s'agit-il de « médicaliser » certains sujets de société, au risque d'une dérive vers un prisme prioritairement médical ? Nous reviendrons sur la question – centrale – du rôle du médecin de santé publique par la suite.

L'exemple des pratiques prudentielles : une appropriation différenciée entre clinique et santé publique ?

Il nous semble intéressant de relier cette prudence vis-à-vis de certains sujets, et la prise de recul mettant en balance différentes perspectives, aux pratiques prudentielles caractérisant certaines professions dont la médecine [Champy 2012]. Ces pratiques se caractérisent par la singularité et la complexité des situations auxquelles les professionnels sont confrontés, source d'incertitudes

ne permettant pas l'application mécanique de solutions et nécessitant au contraire un travail « conjoncturel », comprenant une « part irréductible de subjectivité ».

Si l'activité clinique et la pratique de la santé publique se caractérisent effectivement par leur caractère prudentiel, les enquêtés semblent néanmoins faire une distinction entre les deux. On a en effet montré qu'ils associaient la médecine à un apprentissage répétitif, par cœur et avec peu de réflexion. Si cette caractérisation porte avant tout sur la vision de la médecine perçue lors des études, elle est également appuyée par certains enquêtés ayant réalisé plusieurs semestres d'internat dans une autre spécialité. Le caractère prudentiel de la clinique semble ainsi atténué pour ces internes.

A l'inverse, la stimulation intellectuelle perçue en santé publique et la créativité nécessaire à sa pratique sont mises en avant par certains enquêtés. On peut néanmoins tempérer le caractère prudentiel de certains domaines de pratique de la santé publique, notamment dans le cadre de la production scientifique ou de la mise en œuvre d'une expertise technique spécialisée, c'est-à-dire dans les domaines plus éloignés de la prise de décisions stratégiques ou politiques [Dugué 2024].

Finalement, ce qui semble différencier activité clinique et pratique de santé publique dans leur caractère prudentiel, c'est davantage l'ampleur et la diversité des perspectives mobilisées, ainsi que le niveau d'action et la portée des décisions prises. Ainsi, alors que les décisions cliniques s'appuient sur un faisceau d'éléments principalement d'ordre biologique afin d'orienter des prises en charge individuelles de patients, la santé publique mobilise des domaines et disciplines très variés pour guider des actions menées à l'échelle de populations. A ce titre, la médecine ne constitue finalement qu'une perspective marginale en santé publique, ce qui amène à interroger le positionnement, forcément particulier, des médecins de santé publique.

III.1.3. Quel positionnement pour les médecins de santé publique ?

Compte tenu des différentes caractéristiques associées aux médecins de santé publique par les enquêtés, ces derniers identifient différents positionnements et rôles potentiels pour ces professionnels.

Un rôle d'interface entre différents mondes

Un aspect particulièrement mis en avant est celui d'interface. Compte tenu de sa formation en médecine lors des deux premiers cycles des études, mais également dans différents domaines ou univers de la santé publique au cours de l'internat, le médecin de santé publique est vu comme un professionnel capable de faire le lien entre le monde médical et d'autres mondes. Il est ainsi vu comme « *une personne hybride* », « *à la confluence* », « *un acteur frontière, transversal* », capable de « *jongler* » entre des « *mondes qui sont différents* », « *faire la traduction* », incarner « *un lien* », créer des « *ponts* ».

Le médecin de santé publique partage en effet des caractéristiques avec son groupe d'origine, que ce soit en termes de connaissances, de vécus ou de statuts. Cette culture commune lui permet d'échanger facilement avec les acteurs du monde médical. Comme l'indique Stéphanie,

pour les médecins, « *c'est normal d'avoir besoin de s'appuyer sur d'autres ressources, et quand la ressource est un médecin, c'est précieux parce que le médecin en question sait de quoi on parle, comprend beaucoup plus vite que quelqu'un qui est pas médecin* ». Sur l'autre versant, le médecin de santé publique peut échanger avec des professionnels variés n'appartenant pas au monde médical. Au cours de son internat, il est en effet au contact de ces différents professionnels et il apprend à travailler avec eux, en s'appropriant des codes et des cultures professionnelles différentes.

Adèle, en fin d'internat

T'arrives à avoir des interlocuteurs ultra variés... tu comprends, tu parles avec eux... Tu vois, quand j'étais [en stage], je pouvais parler aux informaticiens, sans comprendre forcément tout bien sûr, mais je pouvais leur parler, comprendre à peu près de quoi ils parlaient, je pouvais parler aux consultants, [...] je pouvais voir ceux qui faisaient de l'analyse [...], des chercheurs purs, enfin, tu arrives effectivement à parler à beaucoup de gens.

Ce rôle d'interface entre des mondes et des acteurs variés peut être retrouvé chez d'autres professionnels. C'est par exemple le cas des chercheurs en sciences sociales de la santé qui peuvent être en contact avec une multitude d'acteurs, et s'acculturent ainsi progressivement à différentes techniques, à différents prismes de lecture et à différents langages. Les positions « intermédiaires » occupées, à l'interface de différents mondes, les placent ainsi dans un rôle de traduction [Chabrol et al. 2012]. De manière plus générale, il semble que de nombreux professionnels de santé publique, dont les médecins de santé publique, jouent un rôle d'interface entre différents domaines [Fournier et Girard 2021 ; Akrich et al. 2022].

Pour les médecins de santé publique, ce rôle d'interface est décliné de différentes manières par les enquêtés. Certains parlent d'un rôle de facilitateur, que cela soit dans la réalisation de certaines tâches, la mise en place de projets, la transformation d'organisation ou encore dans l'aide à la décision. D'autres enquêtés, comme Gauthier, évoquent le médecin de santé publique comme « *un professionnel de santé publique qui apporte une expertise médicale* ».

Alexandra, en fin d'internat

Du coup là-dessus, [le médecin de santé publique] va aider, il va être un appui pour les médecins, il va apporter des compétences que les médecins [...] n'ont pas, et que lui a développé [...]. Il pourrait du coup être un appui, il va aider, il va apporter des réponses, un soutien, pas logistique mais comment dire..., pratique pour répondre à des questionnements, à des problématiques qui concernent la santé d'une population, que ce soit national, régional, ou un groupe de patients.

Le rôle d'aide à la décision, ou de conseiller médical, est d'ailleurs rapproché par Jim de celui du médecin clinicien qui aide les patients à prendre les meilleures décisions pour leur santé :

Tout comme un médecin en fait, médecin clinicien, [a] un rôle d'aide à la décision [...] Pour moi le rôle du médecin aujourd'hui c'est vraiment d'être dans l'aide à la décision du patient, de l'usager qui est expert.

Pour certains enquêtés, le médecin de santé publique peut également jouer un rôle de management et gérer des équipes plus ou moins grandes. En complément de son rôle d'aide à la décision, il peut lui-même être décideur. Il est intéressant de noter que les futurs médecins de santé publique ont rarement l'occasion d'endosser un tel rôle au cours de leur internat et n'ont donc pas l'occasion de développer des compétences en lien, ou uniquement de manière indirecte (par l'observation ou l'investissement associatif par exemple). Comme pour les médecins cliniciens, cet apprentissage semble se faire pour les médecins de santé publique davantage après l'internat, lors de la prise de fonctions de management, comme en témoigne Estelle, en exercice depuis une dizaine d'années :

Et après ça se passait bien donc ils m'ont promu[e] [...]. Donc j'avais une grosse équipe, c'est là où je me suis vraiment formée en management, finalement.

Un positionnement particulier lié à la temporalité et la portée des actions

Dans son rôle d'interface, d'aide à la décision voire de décision, le médecin de santé publique peut se situer à différents niveaux. Ces niveaux sont notamment caractérisés par la proximité ou non avec le « terrain ».

Derrière ce terme, les enquêtés rassemblent des réalités variées. Il peut s'agir de maintenir une proximité avec les patients ou avec la population, de façon plus générale. Le terrain peut également désigner les médecins et l'ensemble des professionnels de santé travaillant au contact de ces patients. Enfin, au-delà des soignants, l'ensemble des acteurs agissant pour la santé des populations peut être inclus. Le médecin de santé publique peut ainsi se positionner proche du terrain : au sein de collectivités territoriales, d'associations, ou au niveau de structures départementales voire régionales. A l'opposé, il peut également être positionné à des niveaux perçus comme plus éloignés du terrain. C'est notamment le cas de structures nationales, comme le ministère chargé de la santé.

Quelle que soit la situation, cela n'empêche pas le médecin de santé publique de jouer un rôle d'interface, qui s'incarne cependant différemment. Il peut ainsi s'agir de faire le lien avec une réalité dont le médecin de santé publique est proche. A l'inverse, il peut également s'agir d'une traduction ou d'un relais plus distant, par exemple dans un rôle de conseiller voire de décideur sur des enjeux politiques.

Enfin, ce qui caractérise également le positionnement du médecin de santé publique, selon les enquêtés, c'est l'échelle, la temporalité et la portée de son action. Comme on l'a déjà abordé, les projets en santé publique sont souvent caractérisés par un étalement dans le temps, sur plusieurs semaines, mois, voire années. Contrairement aux médecins d'autres spécialités dont l'activité se fait davantage au jour le jour, le médecin de santé publique travaille sur un temps long et doit « *arrive[r] à instiller au fur et à mesure des choses* », comme une « *petite fourmi qui au fur et à mesure des années à réussi à amener [...] plus de tel truc, qui a tenu le cap* », comme le décrit Jim. L'action du médecin de santé publique se fait également à une échelle différente, et avec une portée différente. Ainsi, Stéphanie parle du fait d'avoir « *plus de levier d'action, plus de choses à faire pour la transformation du système de santé* », en comparaison à la pratique clinique. Le médecin de santé publique peut agir à l'échelle d'un groupe ou d'une population, avec un impact important pour de nombreuses personnes.

Gauthier, jeune médecin de santé publique

C'est vrai qu'en santé pub, j'ai vraiment réalisé que... il y avait une autre façon d'être utile, que c'était au moins aussi important, si ce n'est plus, d'avoir un, un étage au-dessus, un étage populationnel de qualité, et une vraie vision sur ce que doit être un système de santé, sur... comment cibler des priorités, quels sont les leviers pour agir.

A travers cet extrait, Gauthier revient également sur la question de l'utilité sociale du médecin de santé publique. Alors que celle du médecin clinicien semble évidente et participe activement à sa légitimité, l'utilité sociale en santé publique apparaît plus compliquée à identifier. Bien que la portée de son action soit plus large, son impact est aussi moins perceptible à l'échelle individuelle limitant de fait sa reconnaissance sociale. Ce décalage de perception entre clinique et santé publique rend parfois difficile l'appropriation du rôle du médecin de santé publique par certains internes, comme nous le verrons par la suite.

Les différents témoignages de médecins de santé publique rassemblés dans un ouvrage collectif récemment publié illustrent bien la manière dont cette position d'interface se concrétise à différents niveaux et dans différents domaines : direction scientifique d'une start-up d'intelligence artificielle en biologie médicale, direction médicale d'un service de santé universitaire, poste partagé entre centre de protection maternelle et infantile et service de protection de l'enfance d'un département, direction adjointe d'une direction départementale en ARS, poste hospitalo-universitaire de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, etc.

Le médecin de santé publique semble donc occuper une position d'interface, qui fait écho à celle qu'occupent les cliniciens dans le cadre du colloque singulier. Il ne s'agit cependant plus de faire le lien entre monde médical (savoirs médicaux et compétences cliniques) et monde profane (le patient, face à sa maladie), mais entre un monde professionnel soignant (médical ou plus largement paramédical) et un monde pluriel (organisations de santé, épidémiologie, politique, etc.) de gestion de la santé de la population.

III.2. Une position professionnelle dans les marges, vécue comme déstabilisante

Malgré l'identification de ce rôle, les futurs médecins de santé publique sont confrontés à des difficultés pour se positionner et construire une forme d'identité collective en lien avec ce positionnement. Comme on l'a vu précédemment, les internes doivent faire face à de nombreux défis au cours de leur internat, alors même que celui-ci constitue un changement majeur du travail réalisé et des approches sous-jacentes à celui-ci. De nombreux doutes et remises en question, émanant des internes eux-mêmes comme de leur entourage, émaillent ainsi le parcours des internes. En effet, non seulement le métier de médecin de santé publique n'est pas connu – et ces derniers doivent donc sans cesse se présenter et travailler à construire une définition qu'ils présentent aux autres –, mais la construction de cette définition rencontre des difficultés liées à l'absence d'unité perçue au sein de la spécialité.

III.2.1. Les difficultés à construire sa place durant l'internat

Les défis et particularités de l'internat de santé publique sont différemment reçus et acceptés par les internes. Ils nécessitent en effet certaines adaptations par rapport à la socialisation des deux premiers cycles de médecine. Les conséquences négatives sur le vécu de l'internat de santé publique par les internes sont ainsi variables, allant de quelques doutes ponctuels à des remises en question importantes, aboutissant parfois à un droit au remords vers une autre spécialité.

Une activité pas toujours épanouissante

Les activités réalisées jouent beaucoup dans les difficultés rencontrées. Celles-ci sont parfois peu appréciées par certains internes, en lien soit avec un faible intérêt et avec une absence d'utilité perçue, soit avec une intensité jugée trop faible et des blocages difficiles à dépasser. Certaines activités sont vécues comme « *plus pénibles* », parce qu'elles ne correspondent pas aux intérêts des internes ou qu'elles ne sont « *pas forcément hyper stimulantes* » par exemple.

L'intérêt pour certaines activités dépend notamment de l'utilité perçue de celles-ci et de leur aboutissement. Compte tenu des temporalités parfois très longues en santé publique, certains internes peuvent avoir du mal à faire le lien entre l'activité réalisée et l'objectif final du travail. Cela est d'autant plus le cas lorsqu'ils ne peuvent pas aller au bout de leur projet et changent de stage avant de voir les résultats de leur travail. Alexandra indique par exemple :

Il y a un ou deux stages où je pense que... C'est pas que c'est gâché, mais c'est dommage que ça ait pas abouti sur quelque chose de plus concret. Même tu vois, moi, je trouve que faire rédiger un document à la fin par l'interne ou le faire présenter quelque chose dans le service est toujours gratifiant et utile pour tout le monde, pour l'interne, pour les membres de l'équipe qui voient que l'interne travaille et sert à quelque chose, tu vois.

Alexandra estime ainsi que l'utilité de son travail n'était parfois pas assez visible, aboutissant à un manque de reconnaissance peu favorable à son épanouissement. De son côté, Jim illustre bien les difficultés exprimées par plusieurs internes à percevoir le sens et l'impact des activités qui leur sont confiées au cours de certains stages :

Pendant l'internat, en ayant fait deux stages en administration au niveau national, [...] en tout cas au niveau macro, disons. C'est trop haut pour moi, tant en termes de niveau, qu'en termes d'impression d'avoir une activité qui fait sens et d'avoir l'impression de [faire] bouger les choses.

Cette impression est particulièrement présente dans des stages moins opérationnels et pour lesquels il est difficile de se rendre compte de l'avancement et d'évaluer les retombées. C'est notamment le cas de stages dans les administrations centrales et portant sur des stratégies à long terme, ou des projets dépendant de décisions politiques sur lesquelles les internes ont peu ou pas d'influence, par exemple « *quand t'es sur un projet [...] au ministère, et que tu dois attendre les décisions de 15 000 personnes* ».

Pour certains internes, une manière de retrouver du sens et de l'intérêt au travail réalisé consiste à retourner vers une activité clinique. Les internes qui choisissent cette possibilité sont notamment ceux qui ont eu une expérience plutôt positive de la clinique au cours de l'externat et pour qui la relation médecin-patient était source d'épanouissement. C'est également le cas d'internes qui ont pris leur distance avec la clinique en raison de la responsabilité ressentie et du stress que celle-ci engendrait, et qui voient une opportunité de renouer avec cette pratique à travers des activités perçues comme moins stressantes, par exemple des consultations de prévention.

Ces activités cliniques peuvent être intégrées comme un complément par rapport aux autres activités. Parfois, l'attrait pour l'activité clinique est tel qu'il peut remettre en cause le choix d'orientation vers la santé publique. C'est par exemple le cas pour Julie, qui après avoir réalisé un stage en centre de dépistage où elle a retrouvée une activité clinique, prend conscience de l'importance qu'elle accorde à celle-ci et de l'épanouissement qu'elle lui procure, et choisit finalement de faire un droit au remords vers la médecine générale.

Les difficultés rencontrées sont aussi reliées par les internes interrogés à l'impression d'une faible quantité de travail, à une autonomie et une responsabilisation limitée, ou encore aux blocages parfois rencontrés sur certains projets. Ainsi, certains internes n'ont « *pas l'impression de faire [...] quelque chose* », « *pas spécialement de missions à faire* ». Comme on l'a vu précédemment, l'avancée de certains projets peut dépendre d'éléments extérieurs comme une validation ou le retour d'autres acteurs, expliquant de telles situations.

Un autre élément influence l'activité en stage : la période estivale. Comme le rapporte Jim (« *en plus c'était l'été, du coup à chaque fois t'as les variations estivales.* ») le rythme peut ralentir durant l'été, notamment du fait des vacances des personnes avec lesquelles les internes travaillent, ou de leurs propres vacances. Le semestre d'été (de mai à octobre) est ainsi considéré la plupart du temps comme un semestre moins productif. C'est un constat et un point de vigilance que j'ai souvent entendu au cours de mon internat, exprimé par des co-internes, et que j'ai également pu observer au cours de certains stages.

Ce constat fait écho à le « tertiarisation » accrue du travail du médecin de santé publique, en comparaison à ses confrères cliniciens, comme nous l'avons évoqué plus tôt. Alors même qu'il peut s'agir d'un élément à première vue banal dans d'autres métiers, cette variation de rythme peut être déstabilisante pour les internes qui ont été socialisés à une continuité des services de soins (par exemple à travers les gardes et astreintes), tout au long de l'année.

Ces différentes variations dans le rythme de travail nécessitent une adaptation des internes pour ajuster et équilibrer les activités du stage et d'autres activités plus personnelles, comme le raconte Jim :

Donc je pense que dès qu'il y avait un truc qui, dans un stage, finalement, faisait que c'était un peu plus lent pour moi, [...] ensuite je faisais d'autres projets à côté, qui me permettaient de dévier vers l'aspect pratique, qui pour moi était intéressant à ce moment-là. Quand ça l'était un peu moins je reprenais sur la sphère perso. [Un stage], quand j'en ai eu marre, allez on fait une thèse d'exercice, [un autre stage] je continuais, plein de lectures et plein de trucs à côté.

En l'absence d'une telle adaptation aux apports différents selon les stages, et de la recherche d'apports complémentaires lorsque le stage n'est pas jugé assez formateur, certains internes peuvent avoir du mal à s'approprier le rythme particulier de l'internat de santé publique.

Un accompagnement qui fait parfois défaut

De ce que nous avons pu constater à travers les différents entretiens, ces difficultés semblent être atténuées grâce à l'accompagnement et au compagnonnage, en stage, via les encadrants, ou via les co-internes. Cependant, comme on l'a montré précédemment, cet accompagnement n'est pas toujours présent.

En stage, les internes peuvent parfois se sentir isolés, ou insuffisamment guidés. En l'absence de cet encadrement, ils disent se sentir perdus et avoir du mal à trouver à la fois leur place dans le stage et leur orientation dans l'internat. L'absence de compagnonnage est présentée comme un élément limitant la projection vers un exercice de médecin de santé publique. Cela peut également rendre les choix de stage difficiles et participer à une insatisfaction et une remise en question du choix de la santé publique.

Maxime, en milieu d'internat

T'es tout seul et tu peux tout faire, comme tu peux ne rien faire. C'est à dire que... faut, je pense qu'il faut assez vite savoir ce que tu veux, l'identifier et comme tu peux tomber dans des stages où t'es pas du tout encadré, bah... ça peut être difficile parfois

Jim, en fin d'internat

Moi, je me suis senti aussi parfois un peu isolé dans cette formation par les pères, comme ils disaient P-E-R-E, mais peut-être P-A-I-R, parce que moi je disais père dans le sens... Je vois les pairs P-A-I-R-S comme collègues et tout, même si ça nous aide et ça nous fait "monter". Moi, j'aurais bien aimé aussi un truc de personnes qui ont déjà cheminé, qui sont à des postes. J'ai peut-être ce manque-là.

Ces doutes peuvent aussi apparaître ou se renforcer pour certains internes qui ne côtoient pas ou peu d'autres co-internes, ou ont eu du mal à s'intégrer. Cela participe à une forme d'isolement, et ne permet pas à ces internes de partager leurs questionnements ou d'être guidés par d'autres internes plus expérimentés.

Des difficultés persistantes pouvant aboutir à une socialisation ratée

Tous ces éléments contribuent pour certains internes à un épanouissement professionnel limité en santé publique, voire à une absence d'épanouissement. Ils disent alors se sentir perdus, et avoir du mal à s'orienter dans le champ des possibles qu'offre la spécialité de santé publique. Cet état d'esprit est souvent partagé en début d'internat, comme le raconte Pierre : « *pour l'instant, je sais pas trop ce que je veux faire après... [...] En vrai, je suis juste perdu dans mon truc tu vois.* »

Certains internes réussissent à surmonter ces doutes et finissent par trouver une voie leur permettant de s'épanouir, comme nous le verrons plus loin. Parmi ceux qui tirent un bilan plus mitigé de leur internat, certains expriment des regrets vis-à-vis d'un parcours n'aboutissant pas à

un épanouissement clair, comme en témoigne Gauthier : « moi ça m'arrive souvent, ça m'arrive souvent de regretter un peu et de, et de me sentir un peu nul. »

Pour d'autres, l'internat de santé publique est finalement trop éloigné de leurs attentes, ce qui les conduit à réaliser un droit au remords vers une autre spécialité. C'est notamment le cas lorsque la pratique clinique constitue un élément attractif majeur pour l'interne et que celui-ci se retrouve peut-être moins dans l'exercice de la santé publique.

C'est ainsi ce que nous raconte Julie, qui a réalisé un droit au remords vers la médecine générale. Son parcours est marqué par un attrait pour la pratique clinique, qu'elle a plutôt appréciée au cours de son externat. Issue d'une famille sans médecin proche, c'est une fierté pour elle de réussir à investir cette relation médecin-patient. Alors qu'elle avait hésité entre une spécialité clinique et la santé publique au moment du choix, elle se rend compte durant ses premiers stages d'internat que la clinique lui manque et que l'internat de santé publique ne lui permet pas d'acquérir les compétences cliniques qu'elle souhaite développer. Elle décide donc de faire un droit au remords, regrettant toutefois de ne pas pouvoir allier les deux pratiques, comme elle l'aurait aimé, alors même que l'ouverture offerte par la santé publique lui apportait une certaine satisfaction.

Ensuite [après son 2^e stage, au sein d'un centre de dépistage d'infections sexuellement transmissibles], je me suis beaucoup trop vite posé la question du droit au remords, parce que je me suis rendu compte que la clinique, ça me manquait [...]. Euh, je me rappelle, on parlait beaucoup avec les médecins [du centre], et ils me disaient tous que... que j'étais, je me débrouillais très bien en clinique... faudrait que je fasse de la clinique. [...] Et en même temps, je faisais de la clinique, et je sentais que j'étais limitée par mes connaissances. J'étais frustrée. [...] J'ai adoré le côté très ouvert de la santé publique et de pouvoir faire énormément de choses. Ce qui pouvait être un petit peu déroutant, mais à la fois c'était bien de ne pas savoir où on va et d'avoir beaucoup d'options. Mais d'un autre côté, j'ai trouvé que j'ai été un petit peu frustrée de... le côté règles de prescription, de... que c'était un peu remis en cause pour les médecins de santé publique, le cloisonnement clinique / santé publique. Ça j'aimais pas trop, cet aspect-là de la santé publique.

Pour ces internes qui changent d'orientation ou dont le parcours est marqué par un faible épanouissement, on peut ainsi entrevoir une forme de socialisation ratée¹⁰² en tant qu'interne (puis médecin) de santé publique.

III.2.2. « Défendre » son futur métier et son identité

Quelle que soit la manière dont les internes vivent leur internat, la question de leur positionnement et de leur identité est omniprésente, et se manifeste sous plusieurs formes.

¹⁰² Nous avons déjà évoqué cette notion dans la première partie de l'analyse, à propos des étudiants qui n'ont pas réussi à s'accommoder à certaines des caractéristiques des études médicales et ne développent pas certaines dispositions clés des étudiants en médecine, aboutissant au choix de la santé publique, en s'écartant ainsi de la voie tracée vers le médecin clinicien « traditionnel ».

Se présenter, un exercice délicat

Comme on l'a identifié dans la première partie, la spécialité de santé publique est méconnue des médecins, des étudiants en médecine, et plus largement de l'ensemble de la population. Les internes de santé publique sont donc très rapidement confrontés à la question de la manière dont ils se présentent, aussi bien dans l'environnement professionnel que personnel. Maxime indique ainsi que « *ça m'arrive souvent d'avoir à expliquer ce que je fais* », tandis que Gauthier « *galère* » parce que « *les gens savent pas ce que c'est* », et Jim souligne qu'« *il faut réexpliquer régulièrement* ».

Maxime, en milieu d'internat

Ce qui me gonfle un peu c'est que c'est assez long à expliquer et que là j'ai l'impression de... tu sais, à chaque fois que tu rencontres une nouvelle personne [rires]. Si je peux éviter, si je peux ne pas donner envie à la personne en face de moi de me poser cette question, je... je sais pas pour toi mais enfin au bout d'un moment je trouve ça un peu... Enfin, après t'es content aussi de présenter aux gens mais, on se met vraiment un peu en boucle...

Quand ils ne sont pas confrontés à une absence de connaissance de la spécialité, certains internes de santé publique doivent faire face à des stéréotypes et une image négative, particulièrement auprès des internes et médecins d'autres spécialités. Marion raconte ainsi que « *ça c'est quand même quelque chose qui n'est pas forcément évident quand tout le monde te dit, enfin quand chacun à un moment te dit "du coup tu n'es pas vraiment médecin"* » tandis que Joseph souligne que la santé publique est vue comme un choix « *de branleur* », « *des mecs qui aiment pas la médecine, qui foutent rien et qui du coup veulent se planquer* ».

Cette image négative est d'ailleurs intégrée par certains internes de santé publique eux-mêmes, comme l'illustre les propos de Pierre, qui lorsqu'il se présente à « *tendance à dénigrer* » la spécialité qu'il désigne comme le « *pire* » choix que son interlocuteur peut imaginer. De son côté, Adèle regrette d'être « *maladroite* » dans la présentation de la spécialité, qu'elle a du mal à « *défendre* » :

J'ai tendance à... à pas trop me valoriser. [...] Mais tu vois, typiquement, moi, si un clinicien commence à dévaloriser la spé, moi, je vais pas faire un plaidoyer pour la santé publique. [...] Après, celui qui est curieux, qui me demande c'est quoi la santé publique, j'essaie toujours d'expliquer, mais toujours de façon très maladroite, je pense... [...] Franchement, je pense que je défends pas très bien la santé publique, [...] j'arrive pas trop à mettre, je trouve, mes idées au clair, et... du coup, je trouve que je définis pas trop bien.

Construire une définition du médecin de santé publique

Face à cette méconnaissance et à la nécessité de se présenter et d'expliquer fréquemment son métier, les internes de santé publique essayent de construire une définition du médecin de santé publique et de se placer dans cette définition.

Celle-ci est souvent définie avant tout par l'échelle d'actions : « exercer une action à l'échelle des populations », « faire des actions comme ça envers... des populations, ou la population de manière générale », « s'occupe[r] de la santé des populations », « réfléchi[r] à l'échelle globale ». Cette définition s'appuie parfois sur une opposition avec l'image du médecin, en précisant que le médecin de santé publique ne « va pas soigner une personne », qu'il « pren[d] soin d'une population et pas d'un individu ».

La construction d'une définition, malgré des tentatives et des ajustements progressifs, rencontre une difficulté majeure : l'absence d'unité clairement identifiable au sein de la spécialité. Un dénominateur commun est difficile à déterminer compte tenu de l'existence de multiples profils variés. Comme le souligne Estelle « *il n'y a pas une typologie de médecine de santé publique, il y en a beaucoup et c'est difficile d'avoir une forme de définition très claire* ».

Pour essayer de cadrer cette diversité et absence d'unité, certains internes parlent de différents domaines ou « branches » de la santé publique. Ceux-ci font écho aux domaines, disciplines et thématiques constitutifs de la santé publique rencontrés au cours de l'internat et individualisés à différentes occasions : au sein de la maquette du DES, dans les différentes formations théoriques suivies, dans les choix de stage (par exemple via les fiches de poste proposées), dans les échanges entre internes, avec des médecins voire avec d'autres professionnels. En l'absence de segmentation claire, univoque et partagée, cet exercice de distinction de différentes branches n'est pas toujours aisé, comme on le verra dans le témoignage de Marion un peu plus loin.

Une autre stratégie employée pour tenter de définir le médecin de santé publique consiste à donner des exemples de postes ou de structures dans lesquelles il peut travailler. Adèle, en dernier semestre, raconte ainsi : « *et souvent, pour illustrer, je... je donne carrément des endroits où peuvent travailler les médecins de santé publique, tu vois, je dis : « ben, vous voyez, on peut travailler au ministère, dans les ARS, dans les villes, décider des politiques de ville, de... voilà, on peut faire aussi purement de la recherche, on peut travailler dans les ONG »*, enfin, je donne des exemples peut-être plus qu'une définition ».

En précisant des « branches » ou des structures d'exercice, les internes et médecins de santé publique vont ensuite pouvoir se positionner au sein de cette définition, en identifiant le domaine dans lequel ils travaillent. Benoît, en fin d'internat, explique par exemple :

Je commence toujours par préciser que ma spécialité, ça peut être plein de choses : politiques de santé, prévention, administration, recherche... Mais moi, je me suis sous-spécialisé en ça quoi.

Les difficultés de définition du médecin de santé publique et les stratégies employées pour y faire face sont bien expliquées par les deux témoignages suivants, d'internes à la fin de leur internat :

Alexandra

Alors moi, quand je me présente, parce que, du coup, je dis « je suis médecin, je fais de la santé publique », et souvent les gens me regardent, et je leur dis : « tu sais pas ce que c'est ». Donc ils me disent : « non, désolé ». Nan, mais t'excuse pas [rires], personne ne sait ce que c'est. Et en fait, je dis : « bah moi, en fait, je fais pas de la santé pour un patient, je vais pas soigner un patient, je fais de la santé des populations.

Donc en fait, je vais faire des projets de santé, des politiques de santé, pour soigner une population, que ce soit au niveau national, au niveau d'une région, d'un département, d'une localité, ou une population spécifique ». Et après, du coup, je cite souvent les domaines où on peut travailler en termes de... faire de l'épidémiologie, travailler en laboratoire, travailler au ministère pour les politiques de santé, travailler à un niveau régional, départemental, etc.

Marion

Alors je dirais santé publique, quand je le décris tu vois... En un mot c'est le... il s'occupe de la santé des populations, c'est-à-dire qu'il va pas soigner une personne, il va faire en sorte que la population soit en bon état de santé. Et moi, par contre... Après, c'est souvent... En fait je dis tout le temps la même chose, donc je... Et je dis : « il y a plusieurs branches en santé publique, tu peux faire de l'administration de la santé ou politique de santé, tu peux faire de la prévention, de la promotion de la santé, tu peux faire de la recherche, et tu peux faire... », c'est tout... J'ai peut-être oublié un truc. Je dis les 4 branches, et après je dis : « et moi je vais faire de la prévention-promotion de la santé ».

La construction de cette définition et l'ajustement de la présentation de son métier en fonction peut cependant buter sur un autre obstacle : la polyvalence et le changement fréquent de stages durant l'internat, mais également de postes pour certains médecins de santé publique. Cette difficulté est plus particulièrement présente en début d'internat, mais peut persister en fin d'internat voire après.

Adèle, en dernier semestre

Et puis en fait, comme c'est encore flou pour moi, tu sais, je sais pas, quand j'aurai peut-être un métier plus fixe, enfin... un métier tout court, je saurai peut-être expliquer mon métier directement, et dire en quoi il est différent des autres médecins de santé publique, mais là, comme... j'ai fait toutes sortes de choses, et... je sais pas, j'arrive pas trop à... là-dessus, j'ai encore du mal.

Compte tenu de cette diversité, l'absence d'unité claire et la position d'interface du médecin de santé publique, certains enquêtés font le parallèle avec le métier d'ingénieur. Ce dernier étant plus connu par la population, cette analogie peut permettre de présenter plus facilement le métier de médecin de santé publique. Ce parallèle est par exemple explicité par Jim, dont le père est par ailleurs ingénieur :

Et donc, dans 4 ans ou dans 2 ans, quand je serai dans une activité où j'aurai telle ou telle fonction, que je serai en train de faire ça, je dirai c'est ça ma définition, c'est ça ma réalité actuelle. [...]. C'est pour ça que je fais l'image d'un ingénieur, qui pour moi passe dans plein d'endroits différents, a plein de compétences, mais ensuite, on est ingénieur aéronautique sur tel truc, quoi.

Une identité marginale incertaine

Au-delà des enjeux de définition, d'autres éléments viennent alimenter les difficultés des internes à se construire une identité claire en tant que futur médecin de santé publique. Quand bien même un positionnement – notamment d'interface, comme on l'a vu – est identifié pour le médecin de santé publique, certains internes soulignent un écart entre cette position attendue et les connaissances et compétences acquises au cours de l'internat. Ces dernières sont jugées insuffisantes ou ne couvrant pas certains aspects nécessaires pour endosser ce rôle. Ces internes peuvent donc ressentir un manque de formation et de légitimité. Ils peuvent se rabattre vers des positions pour lesquelles ils estiment avoir des compétences, mais dans lesquelles la plus-value en tant que médecin de santé publique est moins claire. C'est par exemple le cas d'internes s'étant orienté vers l'épidémiologie et qui ont du mal à percevoir leur apport par rapport à d'autres professionnels non-médecins. Ce décalage participe ainsi à renforcer les incertitudes sur leur rôle et leur place.

Adèle

Mais en fait, j'étais plus confrontée, tu vois à des épidémiologistes, non-médecins, mais qui s'y connaissent très bien dans leur thématique, et qui du coup s'y connaissent presque autant que toi. [...] Donc, je sais pas, tu vois, un épidémio qui travaille sur l'asthme, un scientifique, non médecin, [...] bah, ça fait dix ans qu'il travaille sur l'asthme, il connaît très bien l'asthme, tu vois. [...] En fait, je sais pas si c'est lié à mon parcours, mais moi, je n'ai pas senti cette plus-value énorme qu'on apporte, « ah oui, ça y est, toi, t'as des connaissances médicales, tu sais tout ». [...] Et moi je pense que je me serais même sentie beaucoup plus... médecin de santé publique, et tu vois, plus légitime, avec toutes ces notions-là, avec vraiment un panel complet de connaissances. [...] Si on avait les connaissances, les compétences, qu'on agissait plus, entre guillemets, bah là, on... il y aurait même pas besoin de passer du temps à se définir. [...] Nos compétences s'imposeraient d'elles-mêmes.

Par ailleurs, l'une des caractéristiques de ce positionnement d'interface est son manque de spécificité. En faisant la jonction entre deux ou plusieurs mondes, le médecin de santé publique va prendre un peu de ces différents mondes, mais n'aura a priori pas d'éléments qui lui sont propres. Cette absence de spécificité se traduit notamment en une absence d'exercice exclusif. Les médecins cliniciens détiennent en effet une place caractérisée par cet exercice exclusif, avec des spécificités propres à chaque spécialité, et protégée par des textes réglementaires condamnant l'exercice illégal de la médecine. Le médecin de santé publique se retrouve donc en concurrence avec d'autres médecins, mais également avec d'autres professionnels de santé publique dont la formation est d'ailleurs parfois plus approfondie sur un domaine précis (thèse de sciences en épidémiologie ou en économie, par exemple). Certains internes ont ainsi du mal à identifier une plus-value du médecin de santé publique.

Joseph, interne en premier semestre

Moi, je suis arrivé ici [dans une administration], on m'a confié plusieurs projets, alors que, en fait, pour moi tu mets n'importe qui à ma place, ça fonctionne. J'ai du mal à trouver la plus-value que j'apporte sur ces projets-là.

Alexandra résume ces difficultés à trouver sa place en tant que médecin de santé publique : « *et comme justement, on est un peu à cette interface entre rejetés par les administratifs, quand on est en [...] administration centrale, rejetés par les médecins, parce qu'on n'est pas vraiment des médecins, tu vois on est un peu hybrides, on est un peu entre les deux* ». Cette position « entre les deux » est rapprochée par certains médecins, que j'ai rencontrés au cours de mon parcours, de la notion de marginal-sécant. Ce terme désigne un acteur « *qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres* » [Crozier et Friedberg 1977]. Comme son nom l'indique, il se situe à la marge de ces systèmes, mais cette position lui permet de faire le lien entre ceux-ci. Ainsi, dans l'exemple décrit par Alexandra ci-dessus, le médecin de santé publique se retrouve en périphérie du milieu administratif et du milieu médical, permettant de faire la jonction entre ces deux mondes. Cette position peut potentiellement conférer un certain pouvoir aux marginaux-sécants, et nous reviendrons sur cet aspect par la suite.

Néanmoins, ce positionnement à la marge du milieu médical, et les différents éléments mis en lumière ci-dessus laissent entrevoir une potentielle déprofessionnalisation des médecins de santé publique, c'est-à-dire une perte de certaines des caractéristiques de la profession médicale [Vergnaud 2024]. Ainsi, ces questionnements, ces doutes, plus ou moins présents chez les internes et médecins de santé publique, vont contribuer à remettre en question l'appartenance au groupe des médecins.

FOCUS SUR MON PARCOURS

Entre l'identité du médecin et celle du médecin de santé publique

Pour l'instant, je me sens toujours médecin. Je ne réduis pas le médecin au seul exercice clinique ni à la réalisation de soins, qui ne sont pas exclusifs au médecin (infirmier, chirurgien-dentiste, sage-femme, psychologue, etc.). Si je devais définir ce qu'est ou ce que fait un médecin, je dirais qu'il s'agit avant tout d'avoir une démarche de diagnostic et de prise en charge d'un problème de santé, dans l'intérêt du patient. Ainsi, ce qui caractérise un médecin, c'est :

- de connaître et comprendre les maladies et leur prise en charge, et de prescrire des traitements ;
- de toujours garder l'intérêt du patient en tête, impliquant le respect d'un certain nombre de règles déontologiques (secret médical, etc.) ;
- de connaître le fonctionnement et l'organisation des milieux de soins, notamment de l'hôpital.

Cela passe en particulier par la réalisation des études de médecine, et le changement de regard et de position qu'elles entraînent.

Ainsi, pour moi, le médecin de santé publique participe à la santé publique à partir de son regard de médecin, avec une compréhension des enjeux sanitaires et organisationnels et un devoir envers les patients, tout en s'ouvrant à d'autres univers et professionnels en dehors de la médecine, qui participent eux aussi à la santé publique. Il se trouve donc à l'interface de différents mondes et a un rôle de passerelle, de traducteur, de facilitateur

entre ces mondes et les professionnels qui y naviguent, dans l'objectif d'améliorer la santé de la population.

Extrait de mon journal personnel, 27/10/2022 (à propos d'une soirée débat du SPI sur le journalisme en santé)

C'est intéressant car finalement on a un positionnement un peu similaire sur la façon d'aborder les choses. La journaliste s'est décrite, à un moment donné, comme une médiatrice. Et c'est un peu en ces termes-là qu'ont tendance à se définir les médecins de santé publique. Après, la médiation ne se fait pas forcément entre les mêmes personnes. En tout cas cela pose la question du rôle du journaliste (comme elle se pose pour le médecin de santé publique) : où doit-il se placer ? que doit-il défendre ? (s'il doit défendre quelque chose) quelle est sa mission première ?

La difficulté de ce rôle d'interface est notamment l'absence d'exercice exclusif, contrairement aux autres spécialités médicales. Les professionnels d'autres mondes de la santé publique ne peuvent pas exercer la médecine, et les médecins ne basculent pas dans ces autres mondes. En revanche, à l'intersection entre les deux, on retrouve à la fois des médecins et d'autres professionnels, ce qui participe à la confusion autour de la spécificité des médecins de santé publique. Et le fait que cette intersection se fasse non pas entre la médecine et un seul autre monde, mais entre la médecine et de multiples domaines, augmente encore la confusion et donne cette impression d'absence d'homogénéité parmi les médecins de santé publique, chacun ayant un profil un peu spécifique selon les mondes dans lesquels il évolue.

Mon témoignage constitue une illustration de la façon d'aborder le rôle et l'identité du médecin de santé publique par rapport à ceux d'un médecin de façon générale. Ma manière de définir le médecin, en étant assez large, me permet plus facilement de m'y inclure en tant que médecin de santé publique, même si certaines difficultés et tensions subsistent, à la fois sur la question de l'exercice exclusif et sur celle de la diversité des domaines d'exercice en santé publique. La manière de construire cette définition est très probablement influencée par mon entourage familial et amical, assez éloigné du milieu médical (parents non-médecins, peu d'amis proches internes ou médecins cliniciens). Cet éloignement peut constituer un élément facilitateur d'une définition qui s'écarte de l'image du médecin clinicien. Nous reviendrons sur cet aspect plus loin dans l'analyse.

III.2.3. Faire le deuil de l'identité de médecin ?

Même si, sur le papier, le médecin de santé publique, comme son nom l'indique, est médecin et a obtenu un diplôme d'études spécialisées en médecine, l'éloignement de la pratique médicale classique et notamment de la pratique clinique vient remettre en question cette identité acquise

ou en cours d'acquisition lors des deux premiers cycles des études de médecine. Cette remise en question est double, à la fois sous-tendue par des questionnements personnels, mais également accentuée par le regard extérieur de la société et des pairs.

Des questionnements internes...

De par l'image qu'ils se font du médecin, certains internes enquêtés se retrouvent dans une position où ils ont du mal à se sentir eux-mêmes médecins. C'est particulièrement le cas lorsqu'ils associent le médecin aux soins apportés à des patients. Le médecin de santé publique ne pratiquant pas ou peu de telles activités, l'appartenance au corps des médecins est remise en question, de même que l'utilité sociale de cette spécialité. Ces doutes semblent fréquents chez les internes dont l'entourage est composé de médecins (parents, partenaire, amis, etc.), d'autant plus lorsqu'ils ont du mal à identifier au cours de l'internat leur plus-value en tant que médecin de santé publique.

Marion, dont les deux parents sont médecins

Si, je pense que la crainte c'est de pas se sentir légitime en tant que médecin. Ça, c'est pas forcément... c'est une crainte qui se travaille encore, tu vois, de dire "on soigne des populations". [...] Mais c'est sûr que c'est plus difficile, c'est plus difficile je pense de se sentir médecin quand t'es médecin de santé publique.

Adèle, en dernier semestre, et dont la famille est proche du milieu médical

Parce que ouais, la question de l'utilité, elle... en santé pub, enfin voilà, il y a déjà un problème de légitimité par rapport aux autres médecins, est-ce que c'est vraiment de la médecine, ou pas... et voilà, est-ce que ça sert à quelque chose ce qu'on fait ou pas, et voilà.

Pour ces enquêtés, un médecin est donc avant tout un professionnel qui apporte des soins à des patients. Au-delà d'une simple non-adéquation à la définition, l'absence d'une pratique clinique contribue ainsi à un sentiment d'illégitimité en tant que médecin. En effet, leur spécialisation au cours du 3^e cycle ne permet pas aux internes de santé publique de mettre en pratique, maintenir et développer leurs compétences cliniques (à l'exception de ceux qui décident de poursuivre une formation et une pratique clinique en parallèle).

Alexandra, en fin d'internat, et dont le père est médecin

Après, oui, je ne me sens pas... Je suis pas clinicienne. J'ai perdu plein de connaissances et compétences en termes de clinique. Il y a plein de choses que je serais incapable de faire et que je ne ferais pas parce que je ne me sens pas... c'est pas légitime, c'est plus que je me sens pas dans le droit ou dans la capacité, on va dire, de le faire. Parce que ce serait dangereux pour les patients.

Gauthier, jeune médecin de santé publique, dont l'entourage est composé de nombreux médecins

C'est déjà des trucs que... tu rumines un peu tout seul, où tu te dis : est ce que je suis vraiment médecin, est ce que je... est ce que je peux encore prétendre à ce titre, quoi ? Parce que ça, ça veut dire quelque chose, et un médecin qui voit pas de patients, qui saurait même plus, je sais pas, faire des trucs élémentaires qu'on attend d'un interne de premier semestre à l'hôpital, c'est, c'est difficile de se sentir médecin.

D'autres éléments sont aussi rattachés par certains enquêtés au corps des médecins. C'est par exemple le cas du vécu – difficile – de l'internat dans certaines spécialités, avec un nombre d'heures de travail important, qui est perçu comme forgeant l'identité de médecin. La reconnaissance du statut de médecin peut également passer pour certains par le niveau de rémunération. Ainsi, une rémunération souvent plus faible attribuée aux médecins de santé publique traduirait cette mise à l'écart du statut de médecin.

Pierre, en premier semestre, à propos d'internes d'autres spécialités

Et du coup, là, quand je les vois qui travaillent comme des bœufs, ouais, en même temps, après ils auront vraiment vécu un truc et ils seront des personnes... des médecins, quoi [Rires]... des vrais médecins. Et des fois, j'ai l'impression d'avoir du mal à dire que je suis un médecin, clairement.

Benoît, en dernier semestre

C'est vrai que, santé publique tu peux assez vite te retrouver dans des boulots où, enfin t'es pas payé entre guillemets au niveau d'un médecin classique. [...] Et, en vrai, c'est ça le problème, potentiellement, de la santé publique, si tu poses la question de, est-ce que tu te sens encore médecin, c'est que potentiellement c'est une spécialité où tu perds un peu ce truc-là, et du coup, tu perds en statut de médecin, et ça passe par ça quoi.

... accentués par les regards extérieurs

En plus de ces questionnements personnels, les internes et médecins de santé publique sont confrontés au regard extérieur. Que ce soit via leurs proches ou dans le milieu professionnel, certains ont du mal à être identifiés comme médecin, et à défendre cette identité professionnelle. Le témoignage de Gauthier illustre bien cette difficulté à être considéré comme médecin par certains pairs :

On fait une réunion avec [un médecin] [...], il demande "alors tu vas où après ?" [...] et là, de but en blanc, je m'y attendais pas du tout [rires], ça m'a séché complètement, il me dit "mais c'est quoi ces stages de planqués ?! Euh, un médecin ça doit être auprès du patient, moi je comprends pas, je comprends pas ce que c'est que ça, de... oh, quel gâchis, de perdre tout ça, quel... !" [...] Il t'explique clairement, précisément ce que toi même t'essayes de combattre [...] enfin où t'essayes de dire "non c'est pas vrai quand même je vois bien que ce que j'ai appris en médecine ça me sert, je vois bien que c'est utile puis je suis quand même médecin". Et paf, dans les dents on

t'envoie que, que non en fait, t'es... un médecin c'est auprès du patient, sinon, bah, t'es pas médecin ! Oui, il m'a même dit : « regarde les masters ils font ce que tu fais, les... ». Il encadrait une thésarde qui était vétérinaire, il dit : « regarde, elle est vétérinaire, elle fait pareil, enfin tu dois être à l'hôpital, auprès du... » Enfin voilà, pour un mec que je connaissais pas, [...] j'ai eu l'impression de me le prendre un peu dans les dents.

Ainsi, non seulement il éprouve lui-même des difficultés à se sentir médecin et légitime comme tel, mais en plus, les remarques de ce médecin contribuent à le disqualifier et à l'écartier davantage de ce groupe professionnel.

Des remarques et remises en question peuvent aussi émerger des proches, renforçant l'impression de ne pas se sentir médecin. C'est ce qu'explique par exemple Pierre, dont le père est médecin, et qui décrit la médecine comme « *la filière [...] classique de [s]a famille* » :

Là, quand je dis « je fais de la santé publique » [...] on me dit « ah, oula, mais du coup si on a un problème de santé, enfin, tu vas pas vraiment pouvoir nous aider, quoi ». [...] Tu perds un peu ton rôle dans ta famille.

Sans forcément être explicitée par les proches, cette remise en question peut être alimentée par la simple proximité avec des médecins présents dans l'entourage : amis, partenaire, etc. Certains internes comparent ainsi leur activité et leur rôle à ceux de ces médecins avec qui ils échangent fréquemment, ce qui peut accentuer les tensions entre leur position et l'image du médecin qui leur est renvoyée.

Finalement, dans sa construction professionnelle, l'interne, puis le médecin de santé publique, est confronté à des difficultés pour identifier son positionnement, endosser son rôle et reconnaître ou faire reconnaître sa plus-value. Ces questionnements, à la fois internes et nourris par des remises en question extérieures, participent chez certains enquêtés au sentiment de ne pas être médecin. C'est ce que résume Joseph :

Mais... un généraliste et moi, ce n'est pas la même chose, on ne fait pas le même métier. Dire qu'on est les deux des médecins, on est les deux des docteurs, enfin on sera docteur. Mais comme avec un docteur en pharmacie. En fait je suis aussi proche d'un médecin généraliste que d'un docteur en pharmacie, par exemple. Euh, il y en a ici d'ailleurs qui font les mêmes choses que nous. Euh... ouais, non, je sais pas, ce titre de médecin, non. En revanche, euh... je sens que si je veux me réapproprier une approche clinique, je peux. Auquel cas, là oui, je me sentirais plus proche de... du médecin.

Une déprofessionnalisation partielle ?

Au-delà d'un sentiment, la perte de différentes caractéristiques du médecin exprimée par certains internes pose la question d'une éventuelle déprofessionnalisation des médecins de santé publique. Comme on l'a vu plus haut, la profession médicale est en effet caractérisée par un certain nombre d'attributs qui participent à son identité.

Il s'agit tout d'abord de sa pratique et des savoirs associés à celle-ci. Comme on l'a constaté, l'exercice du médecin est avant tout associé à sa pratique clinique individuelle. Le Code de la santé publique définit ainsi cet exercice comme « l'établissement d'un diagnostic ou [le] traitement de maladies [...] par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou [la réalisation d']actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée »¹⁰³. Dans ce cadre, la pratique des médecins de santé publique s'éloigne ainsi de celle de leur groupe professionnel d'origine.

Concernant les savoirs, on l'a vu, plusieurs enquêtés soulignent la perte de connaissances et de compétences cliniques. Néanmoins, nombre d'entre eux ont également mis en avant leurs connaissances médicales, acquises au cours des deux premiers cycles des études de médecine. Ces savoirs sont par ailleurs validés par l'acquisition d'un diplôme d'études spécialisées en médecine à l'issue de l'internat. Ainsi, même s'ils ne partagent qu'une partie des connaissances de leurs confrères médecins¹⁰⁴, la formation des médecins de santé publique leur permet d'accéder au groupe professionnel, dont l'accès est réglementé.

La profession médicale se caractérise également par un monopole d'exercice, inscrit dans le Code de la santé publique et interdisant ainsi la pratique de certaines activités aux personnes n'appartenant pas au groupe professionnel. Les médecins de santé publique bénéficient de ce monopole d'exercice (ou licence [Hughes 1996]) dans le sens où leur diplôme leur permet d'exercer une activité clinique¹⁰⁵. En revanche, leur pratique de la santé publique sort de ce monopole : de nombreux professionnels aux profils variés interviennent en effet dans les différents domaines de la santé publique, contraignant les internes et médecins à partager leur juridiction professionnelle avec d'autres acteurs.

Ce partage signe également une perte du contrôle du mandat professionnel, c'est-à-dire de la possibilité de « définir les comportements que devraient adopter les autres personnes à l'égard de tout ce qui touche à leur travail » [Hughes 1996]. Alors que les médecins bénéficient de ce mandat leur permettant d'occuper une position dominante dans le champ de la maladie et des soins, les médecins de santé publique se retrouvent au même niveau que les autres professionnels du domaine. Cela est par exemple illustré par l'interprofessionnalité présente au sein de la Société française de santé publique (parmi ses membres et au sein de son conseil d'administration), en opposition à la plupart des sociétés savantes des différentes spécialités médicales.

¹⁰³ Article L4161-1 du Code de la santé publique (version en vigueur au 28 décembre 2023), définissant l'exercice illégal de la médecine

¹⁰⁴ On peut d'ailleurs noter que le savoir médical n'est pas commun à l'ensemble des spécialités, la segmentation de l'exercice médical entraînant également une segmentation des savoirs et donc une perte d'homogénéité professionnelle. C'est d'ailleurs ce que soulève Adèle : « *Parce que c'est vrai que tu demandes à un ophtalmo, je ne sais pas, de faire de la cardio, peut-être qu'il en saura rien non plus, et... ou même, de faire la médecine généraliste, il sera peut-être tout aussi paumé que nous* ». Dans cette perspective, la santé publique n'apparaît donc que comme une spécialité parmi d'autres, avec toutefois la particularité forte de s'éloigner du colloque singulier entre médecin et patient [Vergnaud 2024].

¹⁰⁵ Une telle pratique est cependant parfois remise en question, par exemple sous la forme du refus par l'Ordre des médecins du droit de prescription à certains médecins de santé publique, comme nous l'avons évoqué dans l'introduction.

La perte de ce mandat, au sein d'une juridiction partagée avec d'autres professionnels, questionne la reconnaissance sociale des médecins de santé publique. Comme on a pu le voir auparavant, l'utilité sociale de ces derniers apparaît moins évidemment que celles des médecins, aux yeux des enquêtés et plus largement aux yeux de la population. Bien qu'ils gardent une certaine légitimité de par leur diplôme, la plus faible reconnaissance sociale des médecins de santé publique entraîne une perte partielle du prestige associé à la profession médicale, qui positionne cette-dernière au sommet de la hiérarchie des professions [Freidson 1970]. Cette perte est ainsi exprimée par les enquêtés qui parlent d'un statut inférieur aux autres médecins, et qui se traduirait par exemple par une rémunération plus faible.

Malgré la remise en question de différents attributs, l'appartenance au groupe professionnel des médecins persiste sur certains aspects, et notamment l'esprit de corps. Ainsi, les médecins de santé publique, comme l'ensemble de la profession, partagent certaines valeurs et principes déontologiques fondateurs, notamment inscrits au sein du Code de déontologie médicale¹⁰⁶ : respect de la vie humaine, principes de moralité, probité et dévouement, secret professionnel, indépendance professionnelle, etc.

Au-delà de ces valeurs, l'esprit de corps se matérialise également par une confraternité, des médecins de santé publique entre eux, comme on l'a vu précédemment, mais également entre les différentes spécialités. Celle-ci prend par exemple la forme de consultations gratuites ou sans dépassement d'honoraires chez différents spécialistes¹⁰⁷. De leur côté, les internes et médecins de santé publique peuvent par exemple être amenés à aider des internes d'autres spécialités dans leur thèse d'exercice, en apportant un soutien méthodologique ou en réalisant des analyses, et ce gratuitement ou en échange d'une faible rémunération.

Finalement, on semble observer une déprofessionnalisation partielle des internes de santé publique. Sur plusieurs de ses caractéristiques, leur travail se rapproche ainsi davantage d'un métier, au sens sociologique du terme [Dubar et al. 2015], que d'une profession. Néanmoins, l'appartenance au groupe professionnel, si elle est partiellement remise en question, reste ancrée chez les internes, qui développent pour cela différentes stratégies, comme nous le verrons par la suite.

III.3. Réajuster sa vision sur sa place et son identité

Les internes de santé publique sont ainsi parcourus de tensions importantes, liées à la fois à une identité difficile à définir et à un éloignement de l'image traditionnelle du médecin, alors même que leur socialisation au cours des deux premiers cycles des études de médecine leur avait permis – par anticipation – d'intégrer le groupe professionnel des médecins. Face à ces difficultés, les internes vont emprunter différents chemins, en partie guidés par leurs socialisations, pour essayer de stabiliser leur identité.

¹⁰⁶ Articles R4127-1 à R4127-112 du Code de la santé publique

¹⁰⁷ Pratiques rapportées par certains internes (hors entretiens réalisés dans le cadre de l'enquête) et que j'ai moi-même pu constater dans le cadre de certaines consultations médicales personnelles.

III.3.1. La voie de la clinique

Pour résoudre ces tensions, certains internes envisagent de retrouver une activité clinique. Il ne s'agit pas d'internes ayant choisi la santé publique par défaut¹⁰⁸. Cependant, les enquêtés qui envisagent cette possibilité ou s'engagent dans cette voie sont ceux ayant eu une expérience plutôt positive de la clinique au cours de leur externat, comme nous l'avons décrit précédemment. Le retour à une activité clinique permet non seulement de se rapprocher d'une certaine définition du médecin, mais cela peut également être une manière de mettre à distance la santé publique, associée à une image négative.

Plusieurs enquêtés évoquent ainsi cette possibilité, pour certains déjà mise en œuvre, pour d'autres comme un projet futur ou une envie : « *revoir des patients* », « *avoir un peu d'exercice clinique* », « *faire une journée de consultation par semaine* ». Ce retour à la clinique n'est pas forcément motivé uniquement par cette recherche de retrouver l'identité de médecin. Certains internes évoquent ainsi cette possibilité par attrait pour la relation avec les patients. Néanmoins, la place de la clinique dans le métier de médecin reste centrale dans l'imaginaire collectif, et il est probable que cela participe à cette recherche d'une activité clinique. Plusieurs enquêtés l'évoquent d'ailleurs explicitement.

Gauthier, jeune médecin de santé publique exerçant dans le domaine de l'épidémiologie

Donc, moi, ça, ça me manque, enfin ça me manque... Dans ma tête je me dis « ah et si je peux... », maintenant que tout ça est passé, j'envisagerais de refaire une petite consult... Mais de quoi ? Parce que forcément je suis devenu complètement incompetent, euh... Sur un truc simple, du CeGIDD [centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles], un truc comme ça, de la vaccination. Euh... Est-ce que je me sens toujours médecin ? Pff... C'est dur quand tu parles avec tes amis médecins, [...] c'est un peu difficile de se dire « maintenant je, je saurais absolument pas faire le quart de la moitié de ce qu'ils font ». [...] C'est un peu une souffrance, aussi, c'est vrai, de se sentir un peu nul.

Au-delà d'une simple recherche d'activités associées à la médecine, le retour vers une pratique clinique est également un moyen de retrouver une forme de légitimité. Cette légitimité est double. D'une part par rapport aux autres professionnels (collègues, partenaires, etc.), la pratique clinique permet de montrer que l'on sait de quoi on parle : à la fois en termes de connaissances médicales, mais également en termes de fonctionnement et d'organisation des soins. D'autre part, il s'agit aussi de retrouver une légitimité pour soi-même, en ayant une connaissance fine et une maîtrise des sujets que l'on traite, et en pouvant intégrer ces aspects dans la vision et la pratique de santé publique. Dans son témoignage, Alexandra explicite de façon détaillée comment le retour à une pratique clinique lui permet ainsi de consolider sa légitimité auprès des équipes mais également pour elle-même.

Je me rends compte que c'est très important d'aller sur le terrain et que les gens du terrain te voient. [...] Voilà, ils se disent "bon ben c'est une médecin, mais on ne la voit

¹⁰⁸ Aucune des personnes enquêtées n'a choisi la santé publique par contrainte liée au classement aux ECN.

jamais sur le terrain, elle fait pas de consultations, elle sait pas de quoi elle parle". Et donc, déjà je pense que ça te légitime beaucoup pour les équipes de terrain. Et moi, ça me légitime, moi, par rapport à moi-même, parce que je sais comment fonctionne une PMI [service de protection maternelle et infantile], je sais comment se passe une consultation. [...] Enfin, j'arrive à voir comment va être mis en place un projet dans une PMI ou au niveau d'un ensemble de PMI. Et du coup, je pense que ça me donne des connaissances pour orienter mon projet, enfin le revoir, etc., tu vois... [...] Ça me donne une vision de où est-ce que je vais appliquer mon projet, quoi. Et je trouve que c'est hyper important. Si tu mets un projet en place mais qu'en fait c'est irréalisable, enfin, déjà tu perds complètement toute ta légitimité, les équipes elles vont se dire "mais enfin elle est dans son bureau, devant son ordi, elle connaît rien du terrain, et elle nous pond des projets", tu vois. [...] Et en fait du coup, le fait [...] qu'ils sachent sur le terrain, les pros, que ceux qui les dirigent entre guillemets, ont fait du terrain, sont médecins, sont infirmiers, sont sage-femmes, ils ont fait de la PMI, c'est une plus-value énorme, je pense. [...] Et donc je pense que ce lien, en faisant des consults, je peux faire ce lien-là.

Certains internes et médecins de santé publique, en recherchant et en retrouvant une activité clinique, vont trouver des réponses à leurs questionnement quant à leur statut de médecin et à leur légitimité dans ce rôle. Le redéveloppement de ce lien avec la clinique peut prendre différentes formes et être plus ou moins important. Pour certains, les simples échanges informels qu'ils entretiennent avec des proches médecins leur suffisent à maintenir une passerelle avec la médecine clinique. Pour d'autres, la réalisation d'un stage clinique au cours de l'internat permet de répondre à ces enjeux de légitimité, quelle que soit leur pratique de la santé publique ensuite. Dans certains cas « extrêmes », le retour à la clinique peut aboutir à un droit au remords vers une autre spécialité comme on a pu le voir précédemment.

Julie, interne ayant fait un droit au remords vers la médecine générale

Bah, le fait de faire un petit peu de clinique m'a permis de développer des connaissances dans un domaine spécifique qui était celui du CeGIDD, mais aussi m'a mis la lumière sur, dès que ça dépassait ces compétences-là, et que le patient me demandait quelque chose, euh, je me retrouvais un peu démunie, et ça, ça ne me plaisait pas du tout, parce que j'étais censée avoir appris ces choses-là. Et donc je voulais... terminer mes études en ayant... enfin voilà, en pouvant, ouais, en pouvant répondre dans un terme clinique au patient. C'était important pour moi.

Ce témoignage illustre ainsi la façon dont cette interne se retrouve positionnée, par sa spécialisation en santé publique, dans un rôle de prévention. Elle regrette ainsi de ne pouvoir répondre entièrement à une demande de patient que la pratique de la clinique lui aurait permis de prendre en charge. Face au besoin de retrouver une légitimité, elle n'accepte pas la division du travail qui consisterait à adresser ce patient pour les questions qui sont hors de sa compétence (ou de sa spécialisation), et préfère se dédier entièrement à la clinique en changeant de spécialité.

III.3.2. S'affirmer en tant que médecin de santé publique : la transformation d'une vision sur sa place et sur le système ?

Certains internes s'appuient sur le retour à une pratique clinique, partielle ou totale, pour surmonter les doutes et tensions rencontrées en tant que médecin de santé publique, ou pour faciliter leur exercice de la santé publique, en développant une identité double. Pour d'autres, la résolution de ces tensions peut passer par d'autres transformations, non plus de leur pratique mais de leur vision, à travers l'appropriation de la nouvelle place à laquelle ils se socialisent au cours de l'internat.

S'épanouir dans son travail

En début de troisième cycle, les internes de santé publique « débarquent » dans un monde inconnu, et marqué par certains stéréotypes transmis au cours des études de médecine : une spécialité qui n'est pas vraiment de la médecine, loin des patients, avec un travail administratif, bureaucratique, sans relationnel, et correspondant à un échec, pour les étudiants les moins bien classés aux ECN [ISNI 2021]. Au fur et à mesure de la découverte de la santé publique, les internes vont cependant découvrir une variété d'activités, de domaines, de structures d'exercice dans lesquels ils vont pouvoir s'épanouir.

Les activités réalisées, au cœur du quotidien des internes de santé publique, jouent un rôle important dans l'épanouissement professionnel. Selon les internes, différents types d'activités sont appréciés, en particulier selon leurs appétences préexistantes ou développées au cours de l'internat, comme nous l'avons décrit précédemment.

D'autres facteurs peuvent participer à faire apprécier les activités réalisées en stage : activité perçue comme « concrète » ou opérationnelle, stimulation intellectuelle, perception de l'utilité, retours positifs et reconnaissance. Une interne explique par exemple l'importance pour elle, à la fois de maîtriser une tâche complexe (l'analyse de données), mais également de la reconnaissance de son travail par la population :

Adèle, à propos de son avant-dernier stage

Donc tu vois, j'ai vraiment fait toute l'analyse, c'était trop bien [...]. Ce qui m'a plu, c'est que j'ai vu le côté un peu concret, de la recherche, ce que je n'avais pas vu jusqu'à présent, parce que, tu sais, tu es toujours sur... des chiffres, quoi, tu n'es pas... bon, c'est le principe... Mais des fois tu perds un peu la vision, tu te dis : « mais est-ce que ça va vraiment servir, ce que je suis en train de faire, puis quelles sont les retombées ? » Et là, de voir les [participants] qui étaient trop enthousiastes de... voir les retours... En fait, on a même publié sur Facebook des trucs très basiques sur les caractéristiques, tu vois, des... de ceux qui participaient... [...] Et en fait, tu voyais, le retour des gens, ils disent : « ah c'est bien ce que vous faites, ça nous... nous on aime bien avoir des retours, du coup on n'a pas l'impression de participer et que ça ne serve à rien ». Et en fait, j'ai trop kiffé voir cet aspect concret.

Elle exprime ainsi un besoin d'utilité sociale, plus difficilement comblé en l'absence de retours directs et quotidiens. Alors que ces derniers sont beaucoup fréquents lorsque l'on accueille un

patient en consultation et que l'on répond immédiatement à une demande, la pratique de la santé publique offre des opportunités moins nombreuses et fréquentes d'obtenir une telle reconnaissance. Néanmoins, certaines activités permettent de retrouver, au moins partiellement, cette reconnaissance et le sentiment d'utilité sociale associée.

En identifiant des activités qui leur plaisent et correspondent à leurs appétences, les internes orientent progressivement leur parcours. Ils disent ainsi pouvoir se projeter dans certains types d'exercice, ce qui renforce leur investissement et leur épanouissement professionnel, avec l'impression de trouver leur voie.

Cela apparaît d'autant plus important que, comme nous l'avons vu, l'arrivée en santé publique est souvent vécue comme une plongée dans l'inconnu. Le choix de la santé publique représente alors une forme de pari sur l'avenir. Les internes sont donc « rassur[és] », « content[s] », lorsqu'ils identifient un ou des parcours vers lesquels ils souhaitent s'orienter, en alignement avec leurs attentes et leurs dispositions antérieures. Pour Maxime, par exemple, cela permet d'atténuer l'inquiétude de ne pas trouver de débouchés professionnels correspondant à ses compétences et ses envies :

Bah, du coup, ce qui est chouette c'est que je... j'ai pas tellement, j'appréhende pas, enfin j'ai pas trop de crainte sur le fait de pas trouver, parce que je sais que j'ai envie de travailler dans les politiques de santé.

Un deuxième facteur peut participer à l'épanouissement des internes de santé publique : les conditions de travail. Comme on l'a vu, l'internat de santé publique est marqué par une temporalité de travail et un mode de fonctionnement particulier. Les projets s'étalent plus volontiers sur du long terme, et l'interne peut s'organiser de façon assez libre, et peut également fixer ses plages de travail de façon plus souple, en travaillant s'il le souhaite (ou selon la charge de travail) le soir ou le week-end. Cette flexibilité, ainsi que l'absence de gardes, permettent pour certains internes de consacrer plus facilement du temps à d'autres activités selon leurs envies et priorités : vie de famille, temps personnels, sorties entre amis, mais aussi autres investissements professionnels, engagements associatifs ou politiques, etc.

Adèle, interne en dernier semestre

Moi, j'adore faire des randonnées, même si je suis pas ultra sportive, tu vois, c'est trop bien, en fait, de... les week-ends, tu peux faire ce que tu veux... Et ça c'est aussi l'intérêt de notre spé, parce que c'est vrai que j'avais aussi des copains, qui étaient cliniciens, qui étaient de garde tous les week-ends, et eux, ils ont moins profité que moi, du coup... Mais c'est trop bien aussi, d'avoir cet équilibre-là.

Pour certains internes, les rapports avec leurs collègues ainsi qu'avec les co-internes de santé publique peuvent également renforcer cet épanouissement. En opposition avec le vécu des stages à l'hôpital, notamment au cours de l'externat, plusieurs enquêtés soulignent la « bienveillance » retrouvée en santé publique. C'est par exemple le cas de Maude, en fin d'internat, qui explique :

Ce qui m'a marquée, par rapport à l'externat ou par rapport aux années précédentes, c'est qu'on n'est plus un numéro, c'est qu'on est une vraie personne. [...] Donc

vraiment, interne, on est considéré, on est valorisé, vraiment comme un salarié normal. Si on fait bien notre travail, on donne satisfaction, voilà, on a des... voilà on est très intégré. Le matin, les gens ont le sourire, donc c'est vraiment très agréable.

Ce constat est probablement renforcé par l'illusion biographique, conduisant à une reconstruction a posteriori de son parcours en y reconstituant une certaine cohérence [Bourdieu 1986]. Ces différences peuvent par ailleurs s'expliquer par le changement de position, d'externe à interne, avec une plus grande responsabilisation. Néanmoins, certains enquêtés ayant fait un droit au remords vers la santé publique soulignent le vécu très différent entre l'internat de leur première spécialité et l'internat de santé publique : un « changement du tout au tout », avec moins de « pression », des personnes qui « *te consacre[nt] [du] temps* ».

Au-delà des stages, ces changements de rapports humains sont également perçus avec les co-internes. Certains internes retrouvent ainsi une curiosité et une ouverture partagées avec leurs pairs, après un enfermement ou un envahissement vécu durant les deux premiers cycles des études, comme le rapporte Maxime :

C'est ça, aussi, que j'ai trouvé très agréable en arrivant en santé publique, c'était de rencontrer des gens dont je me sentais peut-être plus proche... spontanément parce que, bah, ils parlaient pas que de médecine, que de... enfin voilà.

Les liens créés et les nombreux échanges sont ainsi propices à un vécu positif de l'internat. Julie exprime ainsi le fait que « *c'est ça aussi qui m'a porté en santé publique, c'est tout ce qu'il y avait à côté. Et on avait une bonne team de co-internes, on s'entendait bien, on faisait plein de trucs, c'était cool.* »

Finalement, l'internat de santé publique permet un réel épanouissement professionnel et personnel pour certains internes : « *un vrai sentiment de bien-être* », « *pas regretté une seule seconde* », « *je me sens très bien* ».

Une nouvelle vision de la santé et de son propre rôle professionnel

Cet épanouissement, à travers l'appropriation de nouvelles activités et d'une nouvelle place, contribue au développement d'une vision, différente de celle du médecin clinicien. Les (futurs) médecins de santé publique peuvent ainsi identifier des éléments en dehors de la clinique qui viennent confirmer leur appartenance médicale. Ils maintiennent cependant une certaine distance vis-à-vis de l'approche médicale enseignée précédemment, en intégrant leur plus-value en tant que professionnel de santé publique. Ils parviennent enfin à faire ressortir la complémentarité de leur approche avec celle d'autres professionnels.

Comme on l'a vu, les enquêtés identifient certains points communs entre les médecins d'autres spécialités et les médecins de santé publique. Ces caractéristiques, identifiées comme propres à la profession médicale, peuvent suffire à certains internes et médecins pour se sentir appartenir au groupe professionnel des médecins. Il peut s'agir par exemple du droit de prescription, de la maîtrise de connaissances médicales ou encore des facilités d'échange avec d'autres médecins. Ces caractéristiques mises en avant leur permettent d'identifier une plus-value par rapport à des professionnels de santé publique non-médecins, l'appartenance au groupe professionnel des

médecins étant par exemple perçue par les internes comme apportant une légitimité supplémentaire à certaines pratiques, comme l'explique Marion :

Tu peux aller à la pharmacie montrer ta carte et pas avoir d'ordonnance. Enfin tu vois des trucs... effectivement, c'est bête hein, mais : « ta cousine elle a oublié sa pilule ». Eh bah, tu peux lui faire une ordonnance. [...] Enfin, tu te sens médecin parce que tu sais que tu – même si tu n'es pas clinicien pur et que t'as pas ta consult – dans... En fait pour avoir été de l'autre côté, tu vois, plutôt en gestion de projet, enfin vouloir faire de la prévention côté non médecin, et en fait tu... c'est bête mais ça donne une assise supplémentaire.

Cette plus-value peut également être perçue en termes d'approches nécessaires à la pratique de santé publique. Adèle souligne par exemple que les projets de santé publique nécessitent de croiser plusieurs compétences et regards (ici cliniques et statistiques), et qu'un médecin de santé publique est en capacité d'incarner et de porter à lui-seul ces approches multiples :

Et c'est vrai que, le truc que j'ai remarqué, par contre, c'est que moi, je suis capable de faire un projet toute seule, de A à Z, entre guillemets. Alors, peut-être pas par des stats ultra poussées, mais globalement, je peux élaborer un protocole, parce que j'ai les... j'ai le rationnel clinique derrière, [...] je peux analyser moi-même les données, parce que j'ai ces compétences un peu, analyse de données, je peux écrire un article, enfin voilà. C'est vrai que, on est plus à même de faire un projet de A à Z tout seul, est-ce qu'un stat pourra tout seul définir les questions de recherche et tout ? Voilà... Effectivement, peut-être pas.

Il est intéressant de rappeler ici le rôle d'interface du médecin de santé publique mis en avant par les enquêtés. En occupant une position de marginal-sécant, à la croisée de plusieurs mondes, il peut ainsi « jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires » [Crozier et Friedberg 1977]. Ce positionnement peut lui permettre d'endosser un rôle de catalyseur du changement, grâce à une « poly-socialisation » qui « alimente une distanciation symbolique et culturelle – voire un regard critique – à l'égard des normes et pratiques organisationnelles » [Bruna 2013].

Ainsi, la réconciliation des internes de santé publique avec leur positionnement passe – pour une partie d'entre eux – par un double mouvement, à la fois de rapprochement avec le statut de médecin, mais également en mettant à distance une certaine vision portée par la médecine, et en trouvant ainsi sa spécificité en tant que médecin de santé publique. Comme on l'a vu, l'internat de santé publique contribue en effet à la construction d'une vision et d'une approche de santé publique. En reconnaissant l'importance de cette vision, certains internes et médecins vont ainsi venir conforter leur positionnement.

Estelle, médecin de santé publique

Les médecins de santé publique ont montré leur intérêt [...] parce que c'est bien d'être médecin, mais encore faut-il savoir aussi à un moment avoir cette forme de vision populationnelle de la médecine en matière de santé publique, notamment et d'enjeux de connexion entre la santé, la médecine et la politique, parce qu'on voit bien qu'il ne

suffit pas d'avoir des bons tests, d'avoir des bons médecins et d'avoir des bonnes évaluations. Il faut ensuite que tout ça soit traduit dans les pratiques et traduit dans les campagnes et dans l'organisation des soins. Et donc c'est ça la santé publique, c'est aussi savoir être pragmatique et parfois choisir le moindre mal aussi, d'une certaine façon. Et avoir aussi des réflexions en matière d'efficacité des soins. Donc c'est cette richesse-là qu'on a, je pense qu'il faut qu'on la cultive

FOCUS SUR MON PARCOURS

Se questionner sur sa plus-value et sa vision

Pour moi, même en adoptant une définition large du médecin et en considérant pour le médecin de santé publique une place à l'interface entre plusieurs mondes, certaines interrogations persistent. La question du statut et de la perception par les autres est assez centrale : la spécialité est perçue comme peu prestigieuse chez les autres médecins, et la non-connaissance de cette profession par la population, voire l'incompréhension liée à l'approche populationnelle (pas de relation individuelle médecin-patient, pas ou peu de prescription, travail en dehors d'un établissement de santé ou d'un cabinet) entraîne une remise en question du statut et du rôle associés au médecin.

Néanmoins, je perçois une certaine plus-value du médecin de santé publique par rapport aux autres professionnels :

- vis-à-vis des autres médecins, la vision populationnelle développée au cours de l'internat et la compréhension des autres milieux (hors médecine) est un atout majeur pour faire de la santé publique, quel que soit son niveau ;
- vis-à-vis des autres professionnels de santé publique, la formation de médecin permet à la fois une maîtrise des sujets de santé, une compréhension plus fine de l'environnement de soins, et une capacité de travail et une adaptabilité (en regard des modalités des études de médecine).

La question du rôle et de la vision que doit adopter le médecin de santé publique reste en tout cas central et s'affine progressivement au cours de mon internat.

Extrait de mon journal personnel, 28/11/2021

On a eu un échange très intéressant avec le [...] président de la MILDECA [Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives], dans le cadre d'un séminaire organisé pour l'internat de santé publique. Son expérience et l'exemple de la MILDECA sur les addictions sont particulièrement intéressants car il s'agit d'une structure interministérielle, rassemblant notamment la santé, l'intérieur, la justice mais pas que. Et c'est vrai que le sujet des addictions, comme la plupart des sujets en santé publique, est très transversal et touche à de nombreux aspects de la société. Et il faut donc apprendre à être à l'écoute de l'ensemble des parties concernées, en

allant au-delà de ses préjugés. Et il est vrai qu'en santé publique, on peut vite avoir tendance à considérer qu'on détient une forme de vérité et d'engagement supérieur, car on défend la santé au-dessus de tout le reste. On arrive assez vite à une posture de donneur de leçons un peu déconnectée de la réalité. Cette démarche d'ouverture est hyper importante et intéressante si l'on veut pouvoir avancer. C'est un chemin que j'ai déjà commencé à emprunter, mais avec cet échange, je me suis rendu compte qu'il me reste encore beaucoup à parcourir.

Il existe une autre difficulté importante face à laquelle je n'arrive pas encore à me positionner. Faut-il avancer dans la santé publique en défendant une approche purement scientifique, basée sur les preuves ? Ou au contraire faut-il défendre la santé publique comme une approche plus engagée et militante ? Faut-il prendre parti ou rester neutre ? Ces questions sont à la fois centrales et difficiles à trancher. Ayant une éducation très scientifique, j'ai toujours appris à avoir une démarche uniquement objective, appuyée sur des faits et des preuves. Mais mon arrivée en santé publique remet cela en question. D'une part, les faits, les preuves, restent toujours sujets à interprétation, et finalement vouloir adopter une posture objective c'est cacher une subjectivité qui est de toute façon présente. D'autre part, la santé publique, qui a pour objectif (de façon très synthétique) le maintien et l'amélioration de la santé des populations, nécessite des actions, ancrées dans un monde et une réalité complexe. Et à ce titre cela demande de mouiller sa chemise, de s'engager, de défendre des causes. Comme je le disais, je n'en suis qu'aux balbutiements de cette réflexion, et j'ai encore du mal à y voir clair et me positionner.

Si les questionnements et réponses apportés sont similaires à ceux évoqués par les enquêtés, mon expérience (et l'extrait ci-dessus) sont une bonne illustration de la prise de conscience qui peut prendre place au cours de l'internat, concernant les contradictions existant en santé publique, et de la conversion du regard qui en découle. On peut en particulier apercevoir l'ancrage développé notamment au cours des études médicales (une « *éducation très scientifique* », qui peut être comprise comme la prédominance de certaines disciplines) et le travail nécessaire pour être capable d'appréhender pleinement différentes approches et visions.

III.3.3. Une conversion du regard sur sa place plus ou moins appuyée par les différentes socialisations

Une construction partiellement collective

Le développement de cette vision passe par un travail personnel, mais est également influencé et facilité par les échanges avec d'autres internes et médecins de santé publique. Le partage des doutes et questionnements est déjà une première étape pour les surmonter. Il permet à certains

internes de se rassurer et de ne pas se sentir seul face à ces remises en question. Ces échanges permettent par ailleurs une forme de construction commune, en trouvant des réponses à ces tensions avec ses pairs, en s'appuyant sur leurs réflexions et expériences pour ajuster sa propre vision.

Adèle, en fin d'internat

Et ça, c'est une question, tu vois, que je me suis vachement posée dans mon internat, [...] la plus-value, du coup, qu'on apporte justement avec notre expérience de médecin, est-ce qu'elle est... si importante que ça ? J'ai parlé [...] avec plein de gens, qui disent que globalement oui, y'en a beaucoup qui l'ont senti, que par rapport, je sais pas, à des stats, qui ont aucune idée de comment ça [sous-entendu, la médecine et le corps humain] marche et tout...

Gauthier, jeune médecin de santé publique

Je pense que mon expérience de voir des patients, de réaliser ce que c'est un... patient cardiovasculaire. Moi, je vois, je suis dans l'unité cardiovasculaire, je vois bien que la responsable d'unité, elle a pas le début d'une idée de ce que c'est que l'insuffisance cardiaque. [...] Moi je vois bien, et je vois que c'est un plus et que ça sert. [...] Je vois des gens qui en sont convaincus, mon amie [...], voilà, elle me le dit : « on a une super plus-value, c'est génial », elle s'en rend compte au ministère.

L'influence des autres internes et médecins reste toutefois limitée. Certains enquêtés soulignent en effet que les médecins de santé publique n'ont pas constitué de groupe les rassemblant et leur permettant de se soutenir dans la construction de cette vision et de ce positionnement commun. Estelle, en exercice depuis une dizaine d'année, évoque ainsi la capacité des médecins de santé publique à faire corps, qui fait défaut selon elle :

Je pense que là où on n'est pas hyper bon, en santé publique, c'est dans notre capacité à nous fédérer, à avoir un vrai réseau constitué, parce que du réseau il y en a, mais constitué qui impacte. Je vois les directeurs d'hôpital, par exemple, ils sont bien plus, bien meilleurs que nous. Ils savent influencer et avoir un vrai réseau politique qui impacte et qui permet, après, à ce groupe de se porter mutuellement.

Une transformation facilitée par certaines dispositions

Par ailleurs, pour les internes de santé publique, la transformation de leur vision nécessite avant tout un cheminement interne et des expériences permettant ce cheminement. Il est intéressant de noter que certaines socialisations antérieures semblent faciliter ce passage d'une vision à une autre. C'est notamment le cas des internes n'ayant pas une vision idéalisée du médecin. Certains enquêtés expriment ainsi un attachement faible au titre de médecin, lui associant des caractéristiques plus négatives.

C'est par exemple le cas de Maxime. Sans médecins dans son entourage proche, il a une vision négative du médecin et de sa posture, notamment liée à ses deux premiers cycles d'études médicales dans une faculté particulièrement élitiste et avec une pression sociale importante, poussant aux choix de spécialités prestigieuses, ce qu'il fait dans un premier temps. Il s'est

cependant senti enfermé dans un univers « *monocentré* », motivant un passage vers la santé publique. Il met ainsi à distance son appartenance médicale, même s'il finira finalement par intégrer ce groupe professionnel en obtenant son diplôme.

J'aimerais pouvoir dire que je suis médecin, mais j'ai pas l'impression... j'ai l'impression de pas dire la vérité en disant ça. Ce qui [...] m'a pas mal frappé, c'est que, bon, là, ça fait [quelques] mois que je suis officiellement interne de santé publique, et ce qui est marrant, c'est que pendant les premiers mois j'arrivais pas à m'empêcher de dire, vraiment pour une question un peu d'égo, que j'étais interne de santé publique mais qu'avant j'étais interne [d'une spécialité clinique]. Il fallait que je le précise, et je m'en rendais compte et je me disais : putain c'est ridicule, quoi, je peux pas juste dire que je suis interne de santé publique parce que ça me... Enfin, tu vois tout de suite les gens... quand tu parles à des internes et dès que tu leur dis, après, [...] en une fraction de seconde, vraiment les gens te voient pas du tout, te perçoivent pas du tout de la même manière. Et ça m'a pris quand même un peu de temps de me dire en fait, je m'en fous du regard des autres. Et justement, c'est une des raisons qui fait que j'ai changé de spécialité, c'est parce que ça me saoulait ce truc très... très construit, de, voilà de... [sous-entendu, vision hiérarchisée des spécialités] [...] Je pense que j'ai – je devrais pas dire comme ça – mais un peu une aversion pour les médecins. Enfin, j'ai vraiment une haine assez profonde de la posture du médecin, et donc je pense que, je suis content aussi de plus dire que je suis médecin, donc... Mais aussi, c'est très provocateur, c'est vraiment une posture de provocation, qui est de, moi j'aime bien dire aux gens, ils disent "tu es médecin, c'est génial" et moi je dis "non, être médecin, c'est de la merde" et "je suis plus médecin", quoi. Et donc, [...] c'est une posture aussi personnelle, de, voilà, le médecin tout puissant, paternaliste et tout machin, enfin je... En fait, voilà, j'ai pas l'impression de perdre quelque chose en disant que je suis pas médecin. Et ça c'est important, et en fait j'en tire plus de fierté, enfin je veux dire, maintenant, je dis que je bosse dans un bureau, bah, voilà, je fais un truc qui m'intéresse, et j'utilise pas le fait d'être médecin comme... Enfin moi j'ai quand même eu beaucoup l'impression dans mon parcours que, tu pouvais faire des trucs qui te plaisaient pas et tout au quotidien, mais tu pouvais toujours brandir que t'étais médecin et tout le monde faisait "wow", et ça suffit à beaucoup de gens pour... s'épanouir. Donc ouais, je pense qu'il y a aussi un côté volontairement opposé, quoi.

La vision non idéalisée du médecin qu'ont certains internes peut également être liée à l'image transmise par des proches durant la socialisation primaire et secondaire, et ce, que l'entourage soit médical ou non. Cette vision peu valorisée du médecin s'appuie sur différentes caractéristiques comme le fait d'« *appren[dre] des tas d'informations par cœur [...] alors qu'il pourrait y avoir des algorithmes qui feraient moins d'erreurs* » (Pierre, dont le père est médecin) ou encore parce que « *le métier de médecin, il est un peu obscur pour les gens qui connaissent pas du tout la médecine* » (Stéphanie, sans médecin dans l'entourage proche). Stéphanie témoigne

ainsi de la manière dont sa famille¹⁰⁹, non seulement n'a pas une image idéalisée du médecin, mais valorise, en plus, davantage le travail de médecin de santé publique. Cela facilite pour cette interne l'endossement de cette identité de médecin de santé publique :

J'ai l'impression que ma famille voyait le rôle de médecin un peu comme un rôle d'exécutant, où t'as les recommandations des sociétés savantes qui te disent de prescrire tel médicament, et tu fais la prise en charge comme il faut, tu fais l'imagerie, etc., tu donnes le médicament, et t'as exécuté un arbre diagnostique. [...] Quelque part, avec pas beaucoup de pouvoir décisionnel sur ce qui se passe, sur ce que devient le système de santé, et voilà... Et je pense que, quelque part, c'est presque plus valorisant, aux yeux de ma famille, que je fasse de la santé publique, parce que je me retrouve dans des dimensions différentes, où j'ai plus de levier d'action, plus de choses à faire pour la transformation du système de santé... Et... je trouve que... ouai, qu'ils sont fiers de [rires], de ce que je fais, peut-être plus que si j'étais médecin généraliste en fait. [...] [Ils] comprennent complètement mon métier, et [...] me projettent pas avec une blouse et un stétho, mais me voient quand même au service du système de santé d'une façon très... générale. Donc... Ouai, enfin je... C'est une question que les internes se posent beaucoup, je crois, enfin j'ai l'impression en tout cas, que dans les préoccupations des néo-internes autour de moi, c'est assez central, mais moi je dirais que j'ai un environnement familial et amical très soutenant, et qui comprend vraiment le rôle d'un médecin de santé publique, donc je trouve que c'est des choses que je n'ai pas à justifier au quotidien, et qui font que je ne me remets pas trop en question sur ma légitimité pour l'instant.

Une conversion du regard pas toujours achevée à la fin de l'internat

Certains internes parviennent ainsi à maintenir ou retrouver leur légitimité en tant que médecin de santé publique. Maude, interne en fin de parcours, affirme par exemple : « je ne vois pas de corps de métier qui puisse remplacer de façon avantageuse un médecin de santé publique de par ses multiples compétences et qualifications, et sa vision tout simplement. » Pour elle, il s'agit notamment d'une « vision très globale du système de santé, de l'organisation des soins, [...] une vision un peu globale de ce qui se faisait avant, du demain, des problèmes que peut rencontrer le système de santé aujourd'hui ». Ce travail sur sa vision semble porter ses fruits après plusieurs années d'internat (« c'est à la fin de l'internat qu'on se rend compte que tout ce qu'on a fait ça s'articule »), même si on l'a vu, certains internes en début d'internat expérimentent finalement assez peu de tensions autour de cette question de leur positionnement et de leur plus-value.

A l'inverse, certains internes en fin de parcours et certains médecins de santé publique semblent encore être parcourus par des contradictions et des difficultés à résoudre ces tensions. Le témoignage d'Adèle illustre bien ces conflits de vision, avec des affirmations contradictoires qui cohabitent encore et ne lui permettent pas de trouver une place où elle se sent pleinement légitime. Elle mentionne notamment une hiérarchie implicite où les cliniciens seraient au-dessus des médecins de santé publique, avant de corriger cette idée, soulignant l'absence d'une

¹⁰⁹ Son père a travaillé dans un cabinet de conseil avant de devenir entrepreneur, sa mère est femme au foyer. Elle a par ailleurs un frère entrepreneur, et un frère « qui fait du big data ». Ses autres frères et sœurs sont encore en études.

conversion de regard achevée mais au contraire la confrontation entre plusieurs visions qui coexistent encore chez elle :

C'est une bonne question. Moi je me la pose tous les jours, honnêtement. Parce que [...] je pense qu'il faut pas se leurrer, enfin, il faut arrêter, on est pas, on n'est plus des médecins au sens strict du terme, on n'est pas des cliniciens, ça c'est clair, même si, dans certaines structures, on peut l'être... Et ça c'est un aspect dont je t'ai pas parlé, mais tu vois, je regrette de pas avoir fait de stage [clinique] [...], pourquoi pas, tu vois, j'en sais rien, dans une autre vie, refaire un peu... pas de la clinique, mais a minima... [...] Mais, globalement, la plupart d'entre nous, on fait pas du tout de la médecine... Alors, le terme médecin, je pense que, oui, on peut... on l'a quand même, est-ce que je me considère médecin ? Je dirais que quand même que oui, mais c'est un petit oui, dans le sens où on a, quand même, on fait 6 ans de médecine, comme tout le monde, qu'on a des connaissances médicales... que je trouve qu'on n'entretient pas assez d'ailleurs [...] On est médecin, mais... il faut arrêter de vouloir se mettre au même niveau que les cliniciens, non, en fait, il n'y a pas... On n'est pas pareil, c'est pas moins bien ou pas moins bien, mais... [...] On est des médecins très particuliers, qui ne faisons plus de la médecine clinique. On n'en reste pas moins médecins. [...]

En fonction de leur avancée et de leur parcours, les internes et médecins de santé publique passent ainsi par différentes étapes. Après six années communes d'études de médecine, l'image du médecin clinicien reste souvent la référence à laquelle ils se comparent et par rapport à laquelle ils cherchent et ajustent leur positionnement. Pour affirmer leur plus-value en tant que médecin de santé publique, il leur est ainsi nécessaire d'ajuster cette vision et de trouver la bonne distance par rapport à cette référence construite antérieurement, adoptant ainsi cette position d'interface entre le monde de la médecine et d'autres mondes.

III.4. Deux cheminements contrastés d'internes de santé publique

Pour illustrer ces questionnements, les solutions adoptées et les transformations à l'œuvre au cours de l'internat de santé publique, nous proposons de suivre le cheminement de deux internes de santé publique : Adèle et Jim. Ces études de cas, au-delà d'appuyer notre analyse, apportent également des nuances aux transformations esquissées. Le « cheminement type » exposé ci-dessus reste en effet sujet à de nombreuses variations selon les internes, et n'aboutit pas toujours – voire probablement rarement – à une conversion du regard pleine et entière à la fin de l'internat. Les transformations à l'œuvre se poursuivent ainsi au cours de la carrière des médecins de santé publique.

III.4.1. Vivre son internat de santé publique : exemple d'un parcours incertain

Tout d'abord, et pour illustrer plus spécifiquement le vécu de l'internat de santé publique et les évolutions qui peuvent exister au cours du parcours, revenons plus en détails sur le parcours d'Adèle. Après une première partie des études médicales vécues assez négativement (absence d'épanouissement dans la pratique clinique et dans la relation avec le patient, porteur de nombreuses demandes, perception de dysfonctionnements du système hospitalier), Adèle choisie la santé publique après avoir hésité avec d'autres spécialités mettant à distance la clinique comme la radiologie (spécialité à laquelle son classement lui permettait d'accéder) et malgré les réserves de son père, proche du milieu médical.

Dès le début de son internat, elle identifie des activités qui lui plaisent et d'autres beaucoup moins. La réalisation de certaines activités lui permet de développer ses intérêts et compétences sur certains sujets. Elle identifie notamment un intérêt pour des tâches qu'elle juge plus concrètes, tandis que d'autres éléments plus répétitifs sont considérés comme peu stimulants :

Du coup, j'ai fait seulement des petites requêtes pour les thèses d'interne [...]. Ça, ça me plaisait, d'ailleurs, ce... c'est aussi un des éléments qui m'a fait rester, c'est que je me disais "ouais, ça, par contre, j'aime bien." Ce côté extraction de données, tout ça, ça m'a direct plu. Mais je faisais essentiellement du codage de dossier, et ça, par contre, ça m'a saoulée, mais alors complètement. Donc c'était pas très palpitant...

Et après, deuxième semestre, ça allait quand même mieux. L'équipe était super sympa, [...] et c'était plus concret. Là, ça m'avait plu, tu vois, on était allé dans les hôpitaux, les cliniques [...]. C'était plus concret, donc ça m'avait plu.

Mais bref, c'était pas quand même passionnant, la plupart de tes journées, t'es là... à faire des trucs assez répétitifs. Et voilà. Donc euh... pas une activité en fait folle, pas ultra passionnante.

Donc, c'était assez intéressant, en soit, j'ai participé à la mise en place de la plateforme [de participation à des essais cliniques][...]. Aspect un peu technique, pas désagréable... et après, on a même fait une étude qu'on a publiée, d'ailleurs.

Au cours de la première partie de son internat, elle rapporte que différents éléments vont contribuer à un vécu plutôt négatif, avec l'absence d'épanouissement professionnel et personnel : activité limitée, isolement notamment dû à la pandémie de covid, difficultés à percevoir le sens des activités réalisées, relations compliquées avec certains encadrants, tâches peu stimulantes, impression de faire le sale boulot :

Et là, du coup, après, on était en télétravail, et là, pour le coup, je foutais quasiment rien. [...] J'ai fait des fiches, là [...]. Mais tout ça, tu sais, je me disais "putain, je suis en train de faire une fiche, quoi." Alors bon... C'est un manque de... consistance, je trouve. Donc cette période-là de covid, je faisais un peu rien, en fait. Et puis, j'étais angoissée, en plus, j'étais toute seule à Paris... pas cool comme période.

Je m'entendais... franchement, ce stage, je me suis pas trop entendue avec les encadrants, qui avaient un aspect très... enfin une vision très clinique, et du coup, l'interne, c'est le boy, quoi. Et du coup, ça l'a pas trop fait.

Et là, vraiment, je me suis dit "putain, mais en fait, c'est toujours pareil, on... on nous donne des trucs, soit... que personne veut faire, un peu chiant, des revues de la biblio". Et là, au quatrième stage, je me suis tellement fait chier. Vraiment... enfin 6 mois c'était revues de la biblio. Mais que ça. Quasiment que ça. Ultra chiant, ultra chiant. Et pareil, mais, tu vois... je me disais "putain, il y a jamais vraiment le but derrière, on sait pas trop ce que c'est, on va à peu près faire ça", et comme si nous, interne, sans compétence, on allait trouver la solution à tous leurs problèmes. J'avais un peu ce sentiment-là pendant les deux premières années. Je sais pas, je comprenais pas en fait ce qu'ils attendaient de nous, ce qu'on faisait, euh... On passait nos journées à faire un peu des trucs, ça avait pas de sens...

Tous ces éléments ne permettent pas à Adèle de se projeter en santé publique. Même si elle envisage un droit au remords vers une autre spécialité, l'absence d'alternatives plus intéressantes (parmi les spécialités médicales comme en dehors de la médecine) contribue à la retenir en santé publique :

C'était un peu mon bilan, après deux ans, c'était un peu ça. Vraiment, pas convaincue de la santé pub, quoi. Et vraiment, la deuxième année, je l'ai détestée, c'est mes deux pires stages, quoi.

Mais bon, en fait, tu sais, t'es là, t'es en 7^e année de médecine, tu te dis "putain, je vais pas arrêter maintenant, enfin quoi, quel sens ça a ? Et puis droit au remords, ouais, mais pour faire quoi ?" Euh... Donc, je suis restée encore une fois un peu « par défaut », tu vois.

Au cours de l'internat, certains éléments permettent à Adèle de prendre du recul sur les activités réalisées et de mieux comprendre et trouver un sens à ce qu'elle fait, notamment la réalisation d'un master 2 en méthodologie de la recherche, suivi en complément de sa formation. En trouvant à la fois des sujets d'intérêt et une manière d'aborder les choses pertinentes à ses yeux, elle arrive progressivement à se projeter en santé publique. Trouver son orientation ressort comme une étape essentielle dans son internat et lui permet d'être rassurée quant à son exercice futur.

Et je trouve que ça a changé tout mon rapport à ce qu'on faisait, tu vois. En fait, tu te rends compte que beaucoup de gens ne réfléchissent pas trop à ce qu'ils font, ne savent pas ce qu'ils font.

Et du coup, pour revenir au master, voilà, il nous a vraiment appris à comprendre ce qu'on faisait, et moi, ça m'a vraiment trop plu. Et là, ça m'a un peu... Tu vois, la flamme s'est ravivée, je me suis dit "bon, ben ok, donc y'a quand même quelque chose qui me plaît", ça m'a un peu redonné espoir, et voilà, là je me suis dit "ouais, vraiment, c'est l'épidémiologie, tu vois, particulièrement, bon, la recherche clinique, mais surtout

l'épidémio... ça... ça me plaît vachement". Du coup, là, j'étais un peu contente d'avoir trouvé un peu une orientation, même, très globale, mais tu vois, j'étais un peu rassurée, et... et voilà.

Enfin, tout ça restait flou, mais j'aimais l'épidémio, j'aimais ces nouvelles technologies, voilà, il y a des trucs qui me plaisaient, donc ça restait positif, et là, je pense que j'ai un peu repris espoir [Rires], et voilà.

Même si Adèle continue à rencontrer des difficultés au cours de son internat, elle semble plus investie et parvient à surmonter certaines difficultés rencontrées au cours des stages, en s'investissant et en sollicitant l'appui d'autres personnes. En trouvant du sens à ce qu'elle fait, elle accepte par ailleurs plus facilement de réaliser des tâches assez contraignantes.

Donc, j'ai dû, pendant des mois négocier avec... mais t'imagines pas la quantité de gens avec qui j'ai parlé, pour en fait trouver la vérité de comment extraire les données de cette putain de base, quoi. [...] Bref, au milieu de tout ça, j'ai quand même réussi à faire mes requêtes SQL [Rires]. Parce qu'en fait, tu sais, dans une base, t'as des spécificités, t'as des pièges, enfin il faut apprendre tout ça, et en fait, eux-mêmes ne savaient pas vraiment. Donc heureusement, j'ai trouvé un gars qui était là depuis longtemps, et... qui avait plus de temps que les autres, et voilà.

Et donc, et donc j'ai dû moi-même retourner dans les dossiers. Je suis allée dans le dossier de plus de 400 patients. Je sais pas si tu t'imagines [Rires]. Ça m'a pris deux mois. [...] Donc je me suis fait bien chier, pour récolter toutes ces données, donc déjà pour avoir ma base. Après, c'est ça aussi le jeu. Je trouve que c'est sympa aussi de toi-même construire ta base, et tu vois comment les choses se font.

Les activités réalisées au cours de ses derniers stages confirment ses intérêts pré-identifiés et lui permettent de s'épanouir professionnellement. Alors qu'Adèle se considère en situation d'échec sur toute une partie de ses stages, elle parvient finalement à dépasser cela, à développer des compétences, à comprendre progressivement ce qu'elle peut apporter par son travail, et à construire un sentiment d'utilité malgré son éloignement à la clinique. Ces transformations sont notamment facilitées par l'appui de ses encadrants de stage, qui la guident dans certains travaux.

Je peux déjà te dire que j'aime, encore une fois, l'aspect pratique de la chose, où on voit pas les gens bien sûr... mais tu vois, que ça sert directement à quelque chose, directement à une politique, euh... c'est plus orienté, euh... opérationnel, ce qui, pendant la première moitié de l'internat, en fait, me manquait, j'étais là : mais pourquoi on fait ça, [...] je pense que c'est ça, aussi, qui fait que, parfois – et je pense que je suis pas la seule, mais moi peut-être que je le dis plus que d'autres, mais... je le ressens plus que d'autres, disons –, mais... on perd le sens de ce qu'on fait parce qu'aussi on voit pas à quoi ça sert, je pense que ça, ça joue beaucoup. Et du coup, quand tu fais des trucs plus... plus appliqués, bah... tu te sens plus utile, quoi, en fait, et voilà.

Il y a une super ambiance en plus, enfin franchement, c'est un de mes meilleurs stages, je trouve, en termes de... les encadrants sont vraiment... cools, tu vois [...] et puis... ils savent peut-être un peu plus où ils veulent aller que... que d'autres, et ça fait plaisir. Et voilà. Donc... et puis je me sens plus à l'aise, alors je sais pas si ça c'est le fait de l'expérience ou si c'est juste que c'est un projet pas trop compliqué [...]. Bien que l'extraction SNDS, c'est quand même pas simple du tout, en fait. Et ça, je suis trop contente, c'était mon but ultime, de faire la formation SNDS, euh... donc je suis trop contente, là, de manipuler, en vrai, ça me plaît trop. Donc en soi, c'est pas... enfin, la méthode stats est pas très compliquée, mais je sais pas, je me sens... En fait, ils savaient pas non plus trop... dans quelle direction ils voulaient aller au début, et puis ils me disent "faites-nous des propositions", tu vois. Et du coup, bah j'sais pas, j'ai l'impression que je m'en suis mieux sortie, j'ai réussi à écrire un... un peu un protocole en quelques jours, enfin je sais pas, ça m'est paru un peu plus évident.

Par ailleurs, malgré des difficultés initiales du fait de la découverte d'une nouvelle temporalité de travail et d'un épanouissement personnel limité, Adèle finit par trouver dans l'internat de santé publique des conditions de travail adaptées à ses attentes. Elle parvient ainsi à s'organiser comme elle le souhaite, notamment afin de préserver du temps libre pour d'autres activités.

En fait, j'ai l'impression après trois ans [...], où je déprimais un peu... enfin je déprimais pas vraiment, mais voilà, j'étais pas... très bien. C'était... J'ai revécu [...], je me suis redécouverte. Trop bien. D'un point de vue perso.

C'est pas parce que t'es dans un bel endroit que tu peux pas, faire des trucs, et au contraire même... quand t'es dans un environnement de travail cool, ben, moi personnellement, je travaille bien comme ça.

Mais c'est trop bien, aussi, d'avoir cet équilibre-là, et ça empêchait pas que je bossais beaucoup... le soir, je bossais le soir aussi sur les questionnaires, jusqu'à 22h, enfin... tu vois... Mais ça c'est aussi la... – je trouve – la beauté de notre spé, euh... le fait qu'on puisse être en télétravail, que tu vois on... comme c'est des projets au long cours, euh... c'est pas des tâches qu'on a à faire jour par jour, et on a une grosse liberté, et moi ça me va très bien ce rythme de vie-là, c'est à dire que moi... tu vois, je peux travailler très tôt le matin, très tard le soir, et avoir des grosses journées, et pendant 3 jours, plus rien faire, enfin, ça j'adore, euh... j'adore cette liberté qu'on a, de... Mais ça c'est l'avantage du temps long, t'as quand même beaucoup d'inconvénients [Rires], mais c'est cet avantage-là, qu'on a... Et puis aussi de pas avoir du coup de patients et de pouvoir... travailler sur un ordi, n'importe où, ça c'est vachement cool, je trouve, voilà.

Finalement, en fin d'internat, Adèle parvient plus précisément à identifier les éléments et activités qui lui plaisent, et à s'orienter en fonction de cela. Même si d'importantes zones d'incertitude et de doute persistent, ses expériences positives et négatives au cours de l'internat lui permettent de cibler plus précisément certaines activités pour son exercice futur.

Enfin, je commence un peu à le sentir maintenant, vers quoi je m'oriente. Mais en fait, pendant longtemps, bah, j'étais là : « j'en sais rien », enfin... C'était pas cohérent du tout, ce que je faisais. Et... et je choisisais un peu au pif. Et voilà. Un peu le sentiment que j'ai eu.

Mais tout ce que j'en... retiens de mon internat, c'est que j'aime la data, voilà. J'aime les données de santé, j'aime les exploiter, j'adore le SNDS¹¹⁰. [Rires] [...] Voilà. J'aime l'épidémiologie, je crois, en fait, j'aime la recherche. Mais en fait, pas tellement de recherche pure, tu vois, j'aime aussi faire des stats sur... des trucs assez concrets comme... l'offre de soins, finalement, ça me plaît aussi, donc... J'aime traiter la donnée.

Mais en gros, pour faire simple, moi je m'oriente plus vers, voilà... l'épidémiologie ou des jobs... un peu institut... enfin dans des institutions, je sais pas, ARS, CNAM... enfin je sais pas, où on utiliserait les données... avec implication directe, orientation des politiques, enfin... je sais pas.

Ces différentes expériences l'amènent par ailleurs à se questionner sur sa plus-value en tant que médecin de santé publique. Elle souligne l'importance de l'expertise en santé publique acquise au cours de l'internat, mais a du mal à identifier l'apport de ses études médicales, dans une vision centrée sur la clinique.

Mais voilà, moi, je dirais oui, on est médecin, mais... ne pas survaloriser ça, ne pas le mettre en avant. Je pense qu'on est avant tout plus expert de santé publique finalement que médecin, même si... Et ça, c'est une question, tu vois, que je me suis vachement posée dans mon internat, [...] la plus-value, du coup, qu'on apporte justement avec notre expérience de médecin ? [...] En fait, je sais pas si c'est lié à mon parcours, mais moi, je n'ai pas senti cette plus-value énorme qu'on apporte, « ah oui, ça y est, toi, t'as des connaissances médicales, tu sais tout ». Alors des fois, oui... et puis finalement, je trouve que c'est au DIM [département d'information médicale], [...] t'as quand même un effort de réflexion médicale, et enfin... tu dois vraiment remobiliser toute tes connaissances médicales, pour le coup, je crois que c'est les DIM [...] qui sont plus médecins un peu que les... parmi les médecins de santé publique, je trouve que c'est les plus médecins, disons, les plus à jour, dans leurs connaissances.

III.4.2. Cheminer entre clinique et santé publique : une identité difficile à construire et unifier

Pour illustrer plus spécifiquement les questionnements liés à l'identité et la plus-value du médecin de santé publique, et les transformations à l'œuvre, intéressons-nous maintenant au cheminement de Jim, interne en dernier semestre d'internat au moment de l'enquête. Comme d'autres internes, Jim associe le médecin à un exercice clinique. On remarque cependant que

¹¹⁰ Système national des données de santé (se reporter à la note de bas de page 90 pour plus de détails)

cette définition ne lui convient pas parfaitement, d'autant plus qu'elle questionne le positionnement des médecins qui ne rentreraient pas dans cette définition, et donc potentiellement son propre positionnement.

Pour moi, ce qui fait le médecin c'est malgré tout... Non, c'est très moche, je peux pas dire ça. [...] Non, mais c'est parce que je ne suis même pas sûr de ça, mais c'est pas non plus le colloque singulier, mais parce qu'on est d'accord, il y a tout l'aspect de professionnalisation, avec tout l'aspect profession de, on fait corps, on s'autorégule, tout ça. Mais... si un peu de ça. Pour moi malgré tout un médecin... Pour moi, un médecin, c'est malgré tout quelqu'un qui est dans le curatif, tu vois...

Entre les médecins de santé publique et les autres médecins, il identifie des points communs, mais également des différences. Ces points communs portent notamment sur le partage d'une expérience commune au cours des premier et deuxième cycle des études de médecine :

Et que, quand on parle à des médecins, c'est bien plus sympa de dire qu'on est médecin, parce que culture commune, on a vécu la même chose, ce que je te disais tout à l'heure, les premières années, on sait ce que c'est, etc.

Les différences portent notamment sur les connaissances (notamment sur des domaines comme l'administration ou l'économie), ainsi que sur la vision de la médecine et la place qu'elle occupe dans l'exercice professionnel, et plus largement dans la vie quotidienne des médecins de santé publique. Tandis que pour certains des amis internes qu'il côtoie ou pour sa conjointe, interne d'une spécialité clinique, il constate que la médecine est un sujet central de leurs préoccupations, il cherche de son côté à avoir une approche plus ouverte sur d'autres domaines, exprimant ainsi la façon dont, en tant qu'interne de santé publique, il s'est échappé d'un univers qu'il perçoit comme fermé sur lui-même et centré sur la pratique clinique et sur les problèmes rencontrés dans le soin.

J'ai l'impression qu'à chaque fois, très souvent, quand on se voit, de un, ça parle médecine, mais surtout ça parle de l'organisation, le patient foireux, la dernière fois j'ai vu ça, enfin le... très... comme quand on sort de garde et qu'on dit " il s'est passé telle merde". Tous les jours, moi j'ai ça à la maison parce que [ma copine] revient et ça donne un espace de parole. Et donc moi [...] j'en ai un peu marre, parce que ça ne parle que de ça, ou souvent. Et moi, j'amène assez peu, même si je peux amener sur la table des sujets [...] de société. [...] Donc moi, j'ai l'impression, avec ces professionnels-là, ces médecins-là, qu'ils parlent, [...] ils ont besoin d'un espace pour déverser leurs problèmes, et que l'hôpital public aujourd'hui, est plein de problèmes, mais pas que l'hôpital public. Et donc c'est un espace de discussion, d'échange, voire de verbiage.

Comme on l'a déjà vu précédemment, ces différents constats et la prise de recul sur la médecine et sur ses propres pratiques amènent Jim à se questionner sur le positionnement et le rôle du médecin de santé publique. Il évoque ainsi une position à l'interface entre les médecins et d'autres professionnels non médicaux. Dans ce cadre, le médecin de santé publique joue notamment un rôle d'aide à la décision.

Moi, je vois les médecins de base, on a tous un socle commun, ensuite on a une spécialisation ou pas, médecin généraliste, et puis on va avoir des canaux. Le pneumologue est une sous-filiale de l'aspect médecin, un médecin spécialisé. [...] A côté il y a une sphère santé publique. Et donc, on est à l'interface, on jongle entre les deux.

Donc, un bon médecin de santé publique, enfin un médecin de santé publique, pour moi, devrait être effectivement un des rôles de santé publique stratégique, que ce soit dans l'aide à la décision, ou parfois décideur, même si moi je pense qu'on a plus ce rôle en santé publique d'aide à la décision. [...] Et dans ce rôle d'aide à la décision, on a envie de dire [...] que c'est partout, dans toutes les politiques, etc., micro, méso, macro.

Même si ce positionnement semble acté, Jim s'interroge sur la manière dont le médecin de santé publique doit appréhender ce rôle, en particulier sur la nécessité ou pas de se surspécialiser dans un domaine précis :

Parce que ça, c'est une question aussi, c'est un truc de savoir quel est le rôle du médecin de santé publique, est-ce qu'il doit être très transversal, est-ce qu'il doit être surspécialisé, etc.

Comme les autres enquêtés, Jim est confronté à des difficultés pour présenter et définir son travail, notamment auprès de ses proches. Etant issu d'une famille composée de plusieurs ingénieurs, il utilise un parallèle avec ce métier afin d'expliquer et de définir de façon compréhensible le métier de médecin de santé publique. Dans ce travail de définition, Jim est néanmoins confronté à la difficulté d'apporter une définition et une image unique du médecin de santé publique, compte tenu de la diversité des activités, des domaines et des structures d'exercice. Ces difficultés sont renforcées par l'absence de stabilité au cours de l'internat, avec une définition en constante évolution, selon les différents stages réalisés.

Parce qu'aujourd'hui, ce qui est compliqué, et aussi dans cet entretien, c'est que je donne une vision « fin d'internat ». [...] Donc aujourd'hui, j'essaie de reconstruire un truc et de dire, et puis là, on fait [...] tout l'historique. Mais c'est assez compliqué tant que je suis pas dans le faire et dans une activité précise, je trouve. Parce que là, on refait un schéma de plein de stages, de trucs différents.

Ces difficultés de définition et positionnement sont renforcées par plusieurs facteurs. Tout d'abord, la formation et les connaissances et compétences acquises sont jugées inadéquates par rapport à l'objectif visé d'un rôle d'interface, transversal. Jim identifie ainsi certains savoirs qui lui paraissent nécessaires pour remplir cette fonction, mais qu'il n'a pas pu développer au cours de son internat. Un autre facteur participant à renforcer les doutes sur son positionnement concerne le manque de spécificité du médecin de santé publique, illustrant les tensions entre l'acquisition de compétences diverses et larges, et la spécialisation dans un domaine particulier. Jim n'arrive ainsi pas à identifier des compétences qui lui seraient propres et qui participeraient à l'individualiser par rapport à d'autres professionnels. Ce constat est par ailleurs renforcé par la

comparaison avec ses proches, internes de spécialités cliniques, chez qui, au contraire, il peut facilement distinguer des pratiques identifiantes.

C'est le truc du [spécialiste clinicien] qui, à la fin de l'internat, arrive en ayant des compétences et des connaissances, et des gestes très spécifiques. On sait vers qui s'orienter pour un tel ou tel aspect. Moi, j'ai l'impression, mais c'est aussi l'impression que j'avais quand j'étais au national, qu'il y a plein de professionnels de santé publique qui font très bien les choses. Et en fait je ne vois pas vraiment la plus-value d'être médecin de santé publique sur plein de ces aspects-là. [...] Et donc sur les aspects « développer des compétences », moi, j'attendais aussi d'avoir des compétences utiles, et aussi identifiables. [...] Donc moi, c'est là où je pense que c'est compliqué d'arriver à la fin en disant : « j'ai acquis et j'ai développé telle ou telle compétence parce que je suis une semaine de formation [...] à tel ou tel endroit, je sais faire un diagramme de Gantt, je sais... » je sais pas quoi. Mais ensuite, c'est pas du tout pareil d'avoir la connaissance, et de savoir structurer un compte rendu, de savoir animer, etc. Moi, je sais pas le faire, mais c'est là où je pense que ça pourrait faire partie des compétences génériques qu'on attendrait. J'ai vu un peu comment le faire, je l'ai pas développé moi, mais donc ça fait partie pour moi des compétences qui me manquent.

Si je prends l'exemple de cliniciens, [ma copine] à la fin de l'internat [...] elle sait faire des fibros, [...] elle a des gestes très techniques, elle a des trucs opérationnels, et c'est la seule à les maîtriser à l'hôpital [...] Enfin, en tout cas, elle a des choses spécifiques. Moi, à la fin de l'internat, j'ai l'impression d'avoir quelques connaissances, compétences, [...] mais qui sont encore pour moi pas assez solides, ou pas au niveau que j'aimerais qu'elles soient pour un spécialiste, pour quelqu'un qui se veut expert de, soit tel champ, soit tel aspect. [...] Et sur les aspects connaissances, santé pub, du système, droits, éco, etc. je pense que je suis très très loin de ce que j'attendrais d'un idéal, pour moi, d'un médecin de santé pub.

Ces différents éléments contribuent ainsi à faire douter Jim de sa place et de sa plus-value en tant que médecin de santé publique. En particulier, il a du mal à se sentir médecin et à y trouver un apport spécifique par rapport à d'autres professionnels de santé publique.

Jusque-là, je me sentais professionnel de santé, professionnel de santé publique, les deux premières années, mais j'avais perdu cette valence-là entre guillemets [de médecin]. Pour moi, le passage à l'internat et l'internat de santé publique a été une vraie rupture, dans le sens déconstruction de l'identité.

Comme évoqué précédemment, l'une des stratégies employées pour surmonter ces difficultés consiste à retrouver, au moins partiellement une activité clinique. C'est le choix opéré par Jim, en particulier au cours de la deuxième moitié de son internat. Il choisit des stages qui lui permettent de retrouver cette activité, parfois à temps plein. Ce retour à la clinique par le prisme de l'addictologie lui permet de retrouver une plus-value et une légitimité en tant que médecin. Ainsi, Jim prévoit pour son premier poste à l'issue de l'internat un exercice mixte, avec activité de santé publique et « une part clinique, de 2 demi-journées de consultation ».

J'ai pas l'expérience, ou peut-être parce que j'ai mis du temps – et pourtant je m'étais investi en stage – d'un médecin généraliste qui a bossé x années, qui lui peut parler des soins primaires. Et donc, je me dis aussi à ce moment-là, mais en fait j'ai besoin de ça dans ma création, dans mon identité et dans la légitimité aussi que je vais donner dans l'activité que j'aurai plus tard. [...] Il me faut une légitimité, et j'ai envie – et j'aimais bien de toute façon l'aspect clinique – d'un truc autre, qui est que, même si je me spécialise dans la thématique, je veux ce truc-là pour reprendre du concret.

Parce que j'ai parlé de la légitimité que je retrouvais en addicto, et sur l'aspect thématique, pour acquérir une identité propre, etc. Sur l'aspect clinique, qui me permettait de relier avec ce que, moi, j'entends par l'aspect médecine, mais aussi en termes de compétences propres, et donc d'identité par les autres, public mais aussi professionnel.

Et là, j'ai l'impression, effectivement, d'avoir des récompenses très court terme, de monter en compétences, l'aspect que je disais juste avant, d'avoir un truc spécifique entre guillemets, de me dire en fait, j'ai cette expertise-là.

Même si cet élément de résolution semble occuper une place centrale dans la construction de Jim en tant que médecin de santé publique, il développe également d'autres réponses qui l'aident à identifier sa plus-value et à consolider son positionnement. On observe néanmoins le maintien d'une confrontation entre différentes visions, qui s'affinent progressivement mais ne sont pas encore clairement arrêtées.

Même si je pense que j'ai quand même appris plein de soft skills, et que j'arrive, même sans les soft skills, avec j'espère un peu plus de maturité à la fin de l'internat qu'au début, et à savoir mieux comment, peut-être, envoyer des mails et tout ça, quoi [Rires].

Donc là, j'arrive effectivement, je pense que j'ai des compétences utiles en stats, methodo, épidémio. Qui sont facilement aussi identifiables. Je dis « j'ai fait telle formation », je m'en sors, on me donne tel projet, j'y arrive.

Si ce n'est que, pour moi, pour être un bon professionnel de santé publique, il faut avoir une bonne connaissance du système de santé. Et donc, il y a plein de chargés de mission qui ont très peu de connaissances du système de santé, [...] ou de la santé de manière générale, mais parce qu'ils sont télescopés et ensuite ils font un truc, ils sont micro. Nous, l'avantage qu'on a, c'est qu'avant on a eu des études qui sont macro.

Dans son cheminement, on retrouve une certaine insatisfaction et l'absence d'un aboutissement clair à la fin de l'internat. Il est probable que pour Jim – comme pour d'autres internes – des ajustements et des transformations se poursuivent après l'internat, au cours de sa carrière de médecin de santé publique.

Je pense... enfin, je vais m'en sortir, et j'ai aussi hâte de finir l'internat, parce que même si c'est très formateur, justement j'ai plutôt envie d'avoir mon réseau, d'avoir mes projets, d'avoir tout ça. Non, j'ai quand même appris des trucs pour répondre à la question, mais j'aurais bien aimé apprendre beaucoup plus, et j'aurais bien aimé voir plus de choses en terme de fonction... justement gestion de projet, macro...

Finalement, la « fabrication » de Jim en tant que médecin de santé publique illustre le cheminement qu'un interne de santé publique peut parcourir dans sa vision et sa construction professionnelle, aboutissant ici à une conversion du regard qui ne semble pas achevée à la fin de l'internat. Quand bien même il identifie sur le papier un positionnement à atteindre pour le médecin de santé publique, avec des compétences spécifiques qu'il qualifie de « *nouveau stétho* », sa formation théorique et pratique ne lui permet pas d'atteindre cet objectif, ni de consolider totalement l'identité qu'il essaye de construire. A la fin de son internat, il identifie ainsi différentes « casquettes » ou identités, selon ses activités ou ses interlocuteurs, sans parvenir clairement à dégager une identité unifiée de médecin de santé publique.

Et donc, je pense que c'est vraiment très circonstancié en fonction de : à quel public j'ai à faire, quelle casquette je dois montrer, donner. [...] Et que, d'un côté, je vais prendre l'identité médecin, et d'un côté je vais prendre l'identité santé pub. Et moi je sais pas dire aujourd'hui – ce qui est quand même chiant à la fin de l'internat de santé pub –, où se trouve la conjonction des deux cercles. [...] Même si j'ai des choses un peu vagues, où je me dis, il y a quand même des connaissances, des compétences, [...] mais moi j'ai du mal à trouver des critères qui sont identiques, enfin qui sont similaires, soit des critères en termes de connaissances, soit de compétences. [...] C'est vraiment pour ça que moi, après, je me retrouve avec ces deux casquettes-là. Je pense que, d'un côté, je vais avoir la casquette médecin, d'un côté, santé publique. Et pourtant, quand je fais mes actions en santé publique, je dis que je suis médecin en santé publique.

III.5. Conclusion

L'internat de santé publique constitue ainsi une étape particulière dans les études de médecine. Il participe à une remise en cause de l'appartenance au groupe des médecins, avec une certaine mise à distance des acquis précédents et de la vision développée jusque-là. Cette transformation ne se fait pas sans difficultés et s'accompagne de nombreux doutes et questionnements pour identifier le positionnement, les particularités et la plus-value du médecin de santé publique. Les internes de santé publique essayent de construire une définition et une présentation, pour les autres et pour eux-mêmes, mais ce processus est complexe et prend du temps, avec des hauts et des bas : « *je sais même plus à quel point c'est vrai, à quel point je me suis persuadé à force de le dire* », « *j'ai l'impression que c'est un peu du bullshit ce que je raconte* ». Devenir médecin de santé publique est ainsi un processus, au fil duquel une identité plus ou moins unifiée se construit, en repartant quasiment de zéro par rapport aux deux premiers cycles des études de médecine.

La question du rapport à la profession médicale est d'autant plus importante que les médecins bénéficient d'un monopole, d'une légitimité, d'une reconnaissance et d'un statut particulier, particulièrement valorisants et leur assurant une position dominante. Le choix de la santé publique et la socialisation qui en découle sont à l'origine d'une sensation de perte de ces avantages dont l'acceptation ne passera que par une conversion du regard. Celle-ci n'est cependant pas évidente, car les apprentissages initiaux peuvent rester difficiles à remettre en question, entraînant des conflits cognitifs, ou une cécité sur un regard qui resterait imprégné de la vision acquise initialement au cours des études de médecine.

Finalement, la recherche d'une définition et d'une identité est d'autant plus compliquée que la position d'interface entre différents mondes rend difficile l'identification d'une identité unique, à la fois propre et commune aux médecins de santé publique. Même si nous ne l'avons que peu exploré dans le cadre de cette enquête, ce travail de construction se poursuit très probablement après l'internat. L'absence de changement semestriel facilite alors une certaine stabilisation de sa définition professionnelle.

Ainsi, alors que la question de cette définition semble très présente chez les internes de santé publique, Estelle, médecin de santé publique depuis une dizaine d'années indique qu'elle « *ne [s]e pose pas tellement la question en ces termes* » : « *moi aujourd'hui, [...] j'explique ce que je fais, mais j'explique pas ce que j'ai été ou comment j'ai été formée. J'ai l'impression que ce n'est pas ce qui me définit.* ». Pour elle, le médecin de santé publique a « *clairement* » une plus-value et « *a vraiment un rôle très important à jouer* », en créant des « *connexions* » entre la santé, la médecine, et d'autres mondes. Finalement, même si elle est médecin et « *le ser[a] toute [s]a vie parce que ça ne s'oublie quand même pas comme ça, [...] ce n'est pas ce qui [la] définit aujourd'hui prioritairement* ».

Discussion

Ce travail avait notamment pour point de départ le souhait d'explorer le vécu et les difficultés exprimées par la plupart des étudiants en médecine choisissant l'internat de santé publique. En particulier, l'identification d'une identité collective est une attente forte, exprimée par la plupart des enquêtés rencontrés qui se sont montrés intéressés par les résultats de ce travail. La question de l'identité est cependant complexe à explorer en tant que telle. Dans une approche empirique, nous avons fait le choix de l'étude des processus de socialisation de ces jeunes professionnels qui a permis d'identifier des transformations de leur éthos au cours de l'internat de santé publique. S'il n'y a pas de réponse univoque aux questionnements identitaires, il nous semble que l'identité est avant tout un objet sur lequel la réflexion est à renforcer, dans une approche active et collective, au long cours.

Finalement, ce travail, en tant que thèse d'exercice en médecine de santé publique, est l'occasion :

- de montrer la façon dont on peut utiliser et articuler différentes méthodes scientifiques contributives à la recherche en santé publique, pour approfondir un sujet d'intérêt pour la santé publique elle-même ;
- de souligner l'importance de mieux connaître le rôle et la place des médecins de santé publique pour permettre leur meilleure intégration dans le système de santé, en vue d'une plus grande efficacité de leurs interventions au service de la santé de la population.

I. Discussion générale

I.1. Ce que nous apprend l'étude des parcours et des processus de socialisation des internes de santé publique

Si nous reprenons nos questionnements et hypothèses initiales, cette étude mixte a permis d'apporter de nombreux éléments de compréhension quant aux parcours et aux processus de socialisation des internes de santé publique.

Nous nous étions tout d'abord interrogés sur les caractéristiques et motivations des internes. S'ils ont fait le choix de la médecine comme de nombreux autres bacheliers, les internes de santé publique franciliens sont des étudiants dont la socialisation primaire et l'expérience des études de médecine les ont amenés à s'écarter du chemin traditionnel, sous l'influence de nombreux éléments, susceptibles de s'additionner. En particulier, le vécu de leurs études est marqué par de nombreux doutes liés à des expériences négatives : manque d'épanouissement dans des études centrées sur l'apprentissage par cœur et mettant de côté la réflexion, perception de nombreux dysfonctionnements du système de santé, souffrance lors de stages hospitaliers en raison du mode de fonctionnement, de la forte hiérarchie voire des maltraitances, approche clinique perçue comme très silotées et manquant de transversalité, difficultés rencontrées dans les relations avec les patients, par sur-empathie ou par une responsabilité ressentie comme trop pesante.

Ces éléments sont, au moins en partie, partagés par d'autres étudiants en médecine, qui ne font cependant pas le choix de la santé publique. Il semble ainsi que les internes de santé publique sont caractérisés par certaines dispositions leur donnant la capacité de prendre ce chemin. C'est par exemple le cas de la vision qui leur a été transmise et qu'ils ont construite de la médecine et du médecin, souvent non idéalisée. Il s'agit dans certains cas d'une vision héritée d'un entourage éloigné du milieu médical, dans d'autres d'une construction en opposition à la profession médicale exercée par l'un des deux parents voire les deux. Au-delà de ces constats, plusieurs enquêtés ont souligné et valorisé l'ouverture intellectuelle et culturelle qu'ils ont développée au cours de leur vie. Nous pouvons faire l'hypothèse que celle-ci est en particulier liée à l'origine sociale, qui les prédispose à donner une valeur particulière au capital culturel. Ainsi contrairement à des étudiants qui rencontreraient des difficultés similaires au cours des études de médecine mais dont la volonté de rester dans le milieu médical leur permettrait de les dépasser, les internes de santé publique sont porteurs de dispositions qui les amènent à faire un choix différent. L'étude de ces dispositions, ébauchée ici, serait à approfondir.

Enfin, contrairement à certains stéréotypes ou impressions, que nous avons d'ailleurs intégrés lors de la formulation de nos hypothèses, les résultats ne mettent pas en lumière que le choix de la santé publique serait un choix par défaut, par contrainte (en particulier liée à un « mauvais » classement aux ECN). Ils révèlent en revanche qu'il s'agit davantage d'un choix réfléchi chez des étudiants prédisposés à un tel choix.

A travers cette étude, nous avons souhaité mieux connaître et comprendre les parcours des internes de santé publique franciliens. Les résultats ont montré que ceux-ci sont particulièrement variés et présentent une grande diversité, tant en termes de structures fréquentées que de domaines explorés, rendant difficile l'individualisation de parcours types. Ces parcours reposent sur des choix et des stratégies plus ou moins conscients, parfois contraints mais rarement subis : les stages sont par exemple choisis dans les limites de ce que permet la maquette du DES, mais laissant une grande liberté dans les options disponibles. La question de l'exploration et/ou de la spécialisation reste sous-jacente à ces parcours, guidés partiellement par les encadrants et les co-internes, et de façon plus distante par les enseignants de la spécialité. Les parcours de formation pratique restent dominés par certaines structures (établissements publics, administrations, organismes de recherche et de formation) et par certains domaines (en particulier l'épidémiologie et la recherche clinique), en lien avec l'histoire de la création de la spécialité [Petit 2020]. Finalement, comme supposé au vu de travaux antérieurs, la formation théorique, même si elle peut conforter, compléter ou orienter les parcours, occupe une place secondaire au cours de l'internat et joue ainsi un rôle le plus souvent secondaire dans les processus de socialisation qui s'y produisent.

Enfin, nous souhaitons explorer plus particulièrement les transformations de l'éthos professionnel à l'œuvre chez les internes de santé publique. L'entrée dans l'internat est en effet caractérisée par la découverte d'un nouvel univers à plus d'un titre, nécessitant des adaptations importantes.

Si un faisceau de tâches précis attribuable aux internes de santé publique reste difficile à décrire, l'internat de santé publique est marqué par la découverte et l'appropriation de nouveaux savoirs et pratiques, reflétant la diversité des thématiques, disciplines et domaines de pratique de la santé publique. Cette découverte est associée à celle de nouveaux modes de fonctionnement,

de nouvelles organisations et temporalités de travail, auxquels les internes se socialisent au cours de l'internat.

Si cette socialisation varie d'un interne à l'autre, c'est davantage le fait de particularités individuelles propres aux stages, ainsi que de rencontres réalisées au cours des parcours, que le reflet de spécificités propres à certains domaines d'orientation au sein de la santé publique comme nous l'avions supposé initialement. Ces processus sont marqués par la construction de repères pour s'orienter dans un champ très large et peu balisé, le développement d'une proactivité importante nécessaire pour évoluer dans un cadre souvent très libre, et l'accompagnement par de nombreux professionnels variés, au premier rang desquels les médecins et autres internes de santé publique, participant ainsi à l'intégration dans un collectif qui reste cependant fragile (notamment du fait de l'« éparpillement » des médecins de santé publique en exercice, contribuant à un sentiment d'isolement).

Alors que cette socialisation s'appuie sur certaines dispositions précédemment acquises pour certains internes, pour d'autres, elle est trop éloignée de leurs socialisations précédentes et aboutit à une socialisation incomplète ou « ratée » à l'origine d'un faible épanouissement professionnel, voire de la réalisation d'un droit au remords vers une autre spécialité, comme nous l'avions envisagé.

En l'absence de normes fortes et d'une définition claire du rôle du médecin de santé publique, les produits de la socialisation des internes restent fluctuants. Tirillés entre une appartenance affaiblie à la profession médicale et une intégration plus ou moins réussie dans différents domaines de la santé publique, où ils rencontrent parfois des difficultés à construire leur plus-value, les internes de santé publique se retrouvent à la marge de deux mondes, mais aussi à leur interface. Cette position leur permet, au prix d'une conversion de leur regard, d'embrasser un rôle de traduction et de pont entre ces mondes, en mobilisant des approches variées.

Loin d'être stabilisés à la fin de l'internat, ces processus de socialisation se poursuivent après, et peut-être tout au long de la carrière des médecins de santé publique, mais cette étude n'a pas permis d'explorer en détails cette phase des parcours professionnel.

I.2. Un internat où il faut faire sa place

L'une des questions centrales qui parcourt les internes au cours de leur internat est celle de chercher et trouver, ou plutôt de faire leur place, dans un milieu où elle n'est pas clairement définie ni forcément attendue.

I.2.1. Apprendre à se refaire une place

Cette question est d'autant plus importante (et déstabilisante) qu'en arrivant en santé publique, les internes laissent derrière eux un milieu où leur place était bien définie. Même si le temps de l'externat est marqué par un certain flou et des marges de manœuvre autour du rôle des étudiants hospitaliers, le chemin reste très balisé vers la fonction d'internes cliniciens, « piliers des services », puis de médecins, au centre des prises en charge individuelles de patients [Saint-Marc 2011].

L'univers médical, et en particulier hospitalier, est par ailleurs caractérisé par un cadre assez fort et une hiérarchie bien établie, au sommet de laquelle on retrouve les médecins (avec une hiérarchie interne au groupe professionnel très codifiée). Ainsi, non seulement les internes et médecins cliniciens ont une place claire, centrée autour du diagnostic et du traitement de maladies dans une relation de soin individuelle, mais ils occupent une position dominante, dans un domaine qu'ils contrôlent. Les internes cliniciens n'ont ainsi aucun problème d'utilité ni de légitimité, et s'intègrent pleinement à leur groupe professionnel [Saint-Marc 2011].

Alors que la profession médicale dispose d'une licence (pour un exercice exclusif) et d'un mandat (pour le contrôle de leur domaine), soutenus par une reconnaissance sociale forte [Hughes 1996], cette position protégée et dominante est remise en question à l'arrivée en santé publique. Cette remise en question souligne les tensions existantes entre la médecine et la santé publique. La médecine est en effet souvent pensée et envisagée uniquement sous le prisme de la clinique. A titre d'illustration, dans une étude sur la socialisation des étudiants en médecine, les internes en médecine (toutes spécialités confondues) se définissaient et définissaient leur rôle avant tout à travers le thème du soin, là où les étudiants des deux premiers cycles se définissaient d'abord comme étant en apprentissage [Saint-Marc 2011]. Dans ce cadre, il est particulièrement difficile pour les internes de santé publique de se sentir médecins (dont l'acceptation générale est celle de cliniciens) alors même que leurs pratiques les amènent à s'éloigner de la clinique.

Les internes de santé publique sont en effet plongés dans un univers large, varié en termes de thématiques, disciplines et domaines de pratique, et regroupant de nombreux professionnels différents. La santé publique repose en effet sur une approche plurielle, et nécessite ainsi pour les internes de santé publique d'apprendre à se placer différemment. Il est à noter que si cette diversité peut être vue comme une menace, c'est aussi l'un des éléments constitutifs de la richesse de la santé publique.

Ainsi, tout l'enjeu pour ces internes est de faire leur place, dans un environnement professionnel où elle n'a pas été spécifiquement pensée, voire où elle n'existe pas au préalable. Cette problématique peut être rapprochée des luttes de territoires professionnels dans le milieu de la santé, notamment dans le cadre des pratiques de coopération, où il est souvent nécessaire de se battre pour faire sa place sur un terrain par ailleurs déjà occupé [Denise et al. 2022].

Dans cette lutte, ou en tout cas dans ce repositionnement, la question des savoirs joue un rôle majeur, notamment sur le plan de la légitimité. Si les savoirs médicaux (en particulier ceux rattachés à l'exercice clinique) constituent une base sur laquelle peuvent s'appuyer les internes, ceux-ci sont loin d'être suffisants¹¹¹ en santé publique. Il leur est donc nécessaire de développer de nouvelles connaissances et compétences, dans un cadre leur imposant très peu de contraintes. C'est donc à eux-mêmes de reconstruire un cadre au sein duquel ils chemineront dans leurs apprentissages, en étant plus ou moins accompagnés dans cette reconstruction et ce cheminement.

Dans cette démarche, le rôle des modèles, médecins de santé publique ayant réussi à se faire une place, est incontournable. La présence de ces modèles reste pourtant fragile en santé publique. Les médecins de santé publique ne représentent en effet qu'une petite portion de

¹¹¹ Pour certains internes, la question va même jusqu'à savoir si ces connaissances sont nécessaires, remettant en question leur plus-value professionnelle et par extension leur identité de médecin.

l'ensemble des médecins, et leur spécialisation en santé publique est responsable d'une double « dilution » : au sein de domaines très variés, et parmi des professionnels diversifiés. Par ailleurs, ces surspécialisations développées et les parcours suivis sont plus ou moins uniques, ce qui peut limiter le rôle de modèle de ces médecins de santé publique pour les internes si leur profil ne correspondent pas aux appétences et à la carrière projetée en santé publique par ces derniers.

D'autres ressources peuvent heureusement être mobilisées dans cette phase de transformation. Les autres internes de santé publique jouent bien sûr un rôle, en particulier via la mobilisation au sein des associations, mais également au-delà, à travers l'ensemble des interactions formelles et informelles qui peuvent avoir lieu au cours de l'internat (congrès, soirées, échanges en stage, etc.). Les autres professionnels rencontrés jouent également un rôle important sur de nombreux aspects : développement de compétences, acculturation à de nouveaux mondes, apprentissage du travail en équipe. L'internat de santé publique est ainsi marqué par le développement d'une vision plus collective et la découverte du collectif comme constituant une ressource.

Finalement, faire sa place c'est aussi apprendre à transformer son regard, en particulier sur la médecine. Même si le choix de la santé publique, en s'écartant du chemin « traditionnel », constitue une première étape dans ce changement d'approche, les produits de la socialisation de six années (parfois plus) d'études médicales ne disparaissent pas ni ne se transforment du jour au lendemain. L'internat de santé publique constitue ainsi un temps et un espace où les internes peuvent investir un nouveau monde, en apprenant à y faire leur place, souvent loin de celle qu'ils avaient imaginée en entrant en médecine. La socialisation « réussie » des internes de santé publique peut ainsi être vue comme un processus de prise de conscience et d'acceptations des contradictions et tensions entre médecine (clinique) et santé publique, et ainsi le maintien d'une identité de médecin ouverte à d'autres regards sur la santé et le système de santé, permettant d'échapper à une médicalisation à outrance des sujets rencontrés.

I.2.2. Une place qui reste instable

Ce constat des difficultés à faire sa place interroge sur la façon dont celle-ci a été pensée à la création du DES de santé publique. Certaines définitions des caractéristiques et du rôle du médecin de santé publique ont été proposées dans le cadre de ce processus [Baly et al. 2016 ; Petit 2020] :

- « Le médecin de santé publique participe à la fois des soins de base et du système de recours. Par opposition aux généralistes et aux divers spécialistes [...], les médecins de santé publique s'intéressent avant tout à des groupes de personnes dont il s'agit de déterminer et de traiter des problèmes et besoins de santé [...], à des institutions sanitaires dont il convient d'apprécier l'adéquation à leurs objectifs, d'évaluer et d'améliorer le fonctionnement, à des programmes de santé [...] qu'il faut mettre en place et dont il faut analyser les résultats. »
- « Le corps des médecins de santé publique doit être homogène, même s'il y a des spécialités différentes. »
- « Des professionnels capables d'évoluer et de s'améliorer par eux-mêmes »
- Des médecins avec « une approche communautaire et panoramique des problèmes de santé ».

- Des professionnels capables de « doter la France d'une véritable politique de santé publique ».

La place prévue pour les médecins de santé publique n'a ainsi pas été clairement tranchée de façon consensuelle ni formalisée lors de la création du DES. Ces questionnements sont en particulier renforcés par les difficultés à trouver un dénominateur commun face à des approches et disciplines très variées, et à des acteurs ayant des logiques différentes voire divergentes. La question des débouchés est ainsi très présente au moment de l'émergence du DES, et ne trouve pas de réponses claires. Ce sont donc les différentes promotions d'internes qui se sont fait leurs places dans le paysage de la santé publique, selon les opportunités rencontrées, sans position claire et uniforme. Ce que nous observons aujourd'hui dans les parcours des internes est donc l'héritage de cette construction qualifiée par certains de « chaotique » [Petit 2020].

L'absence de rôle et de place clairement définis pour les médecins de santé publique a également été mise en avant à partir d'une enquête réalisée auprès des internes de santé publique en 2008-2009 [Baly et al. 2016]. A partir d'une classification basée sur les configurations professionnelles de savoir technique spécifique et de rôle stratégique, les parcours des internes se répartissaient entre trois grandes configurations. Le principal rôle représenté (correspondant à plus de la moitié des internes) était celui des « chercheurs/méthodologistes », caractérisé par une expertise reconnue et un rôle stratégique modéré.

Si cette configuration semble, dans une certaine mesure, faire écho aux parcours de certains enquêtés, elle s'éloigne de la place d'interface, voire de marginal-sécant, mise en avant par les internes dans notre étude. Cette différence, au-delà de considérations méthodologiques, pourrait s'expliquer par le caractère particulier de l'internat de santé publique en Île-de-France en comparaison aux autres subdivisions, notamment concernant l'offre de stages disponible. Elle pourrait également témoigner de l'évolution de cette place au cours du temps, celle-ci étant, comme nous l'avons vu, loin d'être stabilisée. Enfin, certains des enquêtés, s'ils occupent une place plus technique actuellement, ont exprimés des aspirations tendant vers une vision d'un rôle plus stratégique.

I.2.3. Un constat partagé chez d'autres professionnels

Au-delà des internes de santé publique, ces difficultés de positionnement sont par ailleurs retrouvées chez d'autres professionnels proches des médecins de santé publique. C'est notamment le cas des médecins inspecteurs de santé publique (MISP), constitués en majorité de médecins d'autres spécialités et réalisant une seconde carrière en santé publique après une année de formation à l'EHESP. Certaines caractéristiques et transformations de l'éthos professionnel observées chez ces MISP ne sont pas sans rappeler celles identifiées chez les internes [Vandenberghe 2001 ; Schweyer 2007] :

- insatisfaction originelle des conditions d'exercice médical ;
- apprentissage autonome et développement de nouveaux savoir-faire reposant notamment sur l'investissement personnel ;
- identité professionnelle plurielle et composite, à l'interface entre deux mondes clos ;
- frustration liée à l'absence de reconnaissance de leur travail ;

- adoption d'une place périphérique, la marginalité devenant « le noyau central de la vie professionnel » ;
- difficulté d'une conversion identitaire mettant à l'épreuve les capacités d'adaptation et constituant un véritable défi professionnel.

Bien qu'ils ne concernent qu'un milieu particulier (celui de l'administration), ces constats sont très similaires à ceux faits chez les internes. Plusieurs différences importantes peuvent cependant être notées. Tout d'abord, alors que les internes font le choix de s'orienter vers la santé publique précocement (durant leur formation initiale), les MISP sont en majorité des médecins s'étant réorienté dans une seconde partie de leur carrière, après différentes expériences professionnelles dans leur spécialité d'origine.

Ensuite, l'étude réalisée portait principalement sur des MISP en fonction, parfois depuis de nombreuses années, et seuls quelques entretiens ont été réalisés auprès de MISP stagiaire, encore en formation à l'EHESP. Les éléments décrits sont peut-être le résultat d'une évolution à plus long terme en cours de pratique, et ne reflètent pas spécifiquement les transformations à l'œuvre durant la période de formation.

Enfin, une différence notable réside dans le cadre au sein duquel prennent place ces transformations. Les MISP réalisent d'abord des formations (diverses) en santé publique afin d'accéder au concours, puis suivent une formation spécifique en alternance durant un an, avant de prendre leurs premiers postes. La formation des médecins de santé publique est de son côté caractérisé par un internat commun de 8 semestres au moins. Ce cadre de l'internat peut faciliter certaines étapes ou processus comme l'exploration et l'accompagnement par les pairs. L'espace d'exploration offert par l'internat, en comparaison au parcours relativement cadré des MISP, semble d'autant plus nécessaires que les internes de santé publique doivent se familiariser à différents milieux, et non uniquement à celui de l'administration de la santé.

Finalement, la formation des MISP à l'EHESP est vécue par ces derniers comme leur permettant d'acquérir les méthodes et clés dans l'élaboration de politiques de santé. Cette formation produit par ailleurs une transformation des rapports sociaux entre les acteurs, et notamment « *l'affirmation [par les MISP] d'une identité à trois dimensions : l'appartenance à la communauté médicale, la défense des valeurs de service public, la valorisation de compétences professionnelles en rapport avec un statut de fonctionnaire* » [Vandenberghe 2001].

I.3. Des enjeux partagés au-delà des frontières

Dans le cadre de nos réflexions, nous nous sommes concentrés sur l'écosystème, déjà complexe, de la médecine et de la santé publique en France. Il est toutefois intéressant de regarder ces résultats à la lumière du fonctionnement d'autres pays.

I.3.1. Une spécialité généralement vue comme peu prestigieuse

La santé publique existe en tant que spécialité médicale dans de nombreux pays. Elle y prend différentes formes : hygiène et médecine préventive (Italie), santé publique et médecine préventive (Canada), médecine de santé publique (Afrique du Sud, Australie), médecine communautaire

(Inde), hygiène et épidémiologie (République tchèque), santé publique et médecine préventive générale (Etats-Unis), médecine sociale (Pays-Bas), médecine préventive et santé publique (Espagne), etc. En Europe, en 2011, la quasi-totalité des pays disposait ainsi d'une spécialité médicale de santé publique [CNOM 2011].

Dans les pays où elle est présente, la santé publique est envisagée et choisie par peu d'étudiants en médecine : moins de 5 % voire moins de 1 % [Compton et al. 2008 ; Soethout et al. 2008 ; Hau et al. 2009 ; Burch et al. 2011 ; Kar et al. 2014]. Ces résultats sont retrouvés y compris dans des pays avec une culture de santé publique considérée comme plus développée, comme le Royaume-Uni [Goldacre et al. 2011]. Parmi les facteurs limitant son choix, on retrouve notamment des facteurs concernant la formation en santé publique (peu présente au cours des études de médecine avant la spécialisation, avec peu de modèles de médecins de santé publique), le contenu de la spécialité (éloigné de la clinique et du patient, perçu comme un travail administratif) et l'exercice de la spécialité (absence de pratique exclusive, faibles rémunérations, faible lisibilité du rôle et des débouchés).

La santé publique est ainsi souvent perçue comme l'une des spécialités les moins prestigieuses, classées parmi les dernières spécialités. A titre d'exemple, dans une étude de 2010, la spécialité médicale de santé publique était classée dernière en termes de prestige parmi 19 spécialités par des étudiants en médecine australiens [Creed et al. 2010].

Certains facteurs participent néanmoins à rendre la spécialité attractive pour une partie des étudiants : diversité des activités, intérêt de la perspective populationnelle, importance de la réflexion voire de la réflexivité dans la pratique, qualité de vie, etc. [Hau et al. 2009 ; Goldacre et al. 2011 ; Kar et al. 2014 ; McFarland et al. 2016 ; Gerhard et al. 2018]. Au-delà de ces facteurs, certains éléments ont été identifiés comme facilitant le choix de la santé publique, notamment : une expérience antérieure dans le domaine, des échanges avec des professionnels de santé publique, la présence de modèles ou de mentors dans la spécialité [McFarland et al. 2016].

Tous ces éléments montrent que la situation de la spécialité en France n'a rien d'exceptionnel. Les difficultés rencontrées sont partagées par l'ensemble des pays disposant d'une filière de spécialisation médicale en santé publique. Ce constat suggère qu'au-delà de contextes ou de situations propres à certains pays, ce sont bien les particularités inhérentes à la spécialité, par rapport aux autres spécialités, qui la placent dans une position spécifique, à la marge des études de médecine et de l'exercice médical centré sur la clinique.

I.3.2. Des enjeux d'identités communs

Cette position commune a ainsi amené d'autres personnes à s'intéresser à la question de la place, du rôle et de l'identité du médecin de santé publique. Nous reviendrons ici en particulier sur les résultats de deux études approfondies, en Afrique du Sud et en Nouvelle-Zélande.

Plusieurs travaux ont été menés sur les médecins de santé publique en Afrique du Sud. En particulier, en 2012, une étude par entretiens et focus groupes a été réalisée auprès de médecins de santé publique en formation ou récemment diplômés, afin notamment de comprendre leurs motivations dans le choix de cette spécialité [Zweigenthal et al. 2018]. Ce travail s'appuie sur un

cadre théorique particulier, développé en socio-économie : « *Exit, Voice and Loyalty* »¹¹² [Hirschman 1970]. Les résultats montraient que les étudiants ont hésité à quitter les études de médecine (« *exit* ») en raison d'une expérience de la clinique négative ou frustrante, d'un impact limité de la clinique (voir au quotidien les mêmes pathologies alors qu'elles sont évitables) et des conditions de vie perçues comme éprouvantes. Cependant, leur volonté de changer le système, et de travailler avec d'autres professionnels les a conduits à persévérer (« *loyalty* »), en faisant cependant le choix de se spécialiser en santé publique. Ce choix leur a permis de trouver leur voie (et leur voix, « *voice* ») dans une spécialité large et grâce à laquelle ils peuvent agir sur le système.

Cette spécialisation s'accompagnait toutefois de difficultés à construire leur identité, qui restait incertaine. Les auteurs soulignent notamment que « les étudiants en médecine sont socialisés à devenir cliniciens ». Par ailleurs, même si les médecins de santé publique enquêtés identifiaient certaines plus-values (une formation large et complète, la connaissance et l'expérience de nombreuses structures et institutions, le développement d'une certaine polyvalence, la compréhension des enjeux stratégiques et décisionnels) les positionnant dans un rôle d'intermédiaire (« *the 'go-to' person* »), ils rencontraient néanmoins des difficultés dans leur carrière professionnelle, en étant en concurrence avec d'autres profils, et en ayant besoin de « se vendre ».

Une autre étude sur le sujet a été réalisée en 2010 en Nouvelle-Zélande, portant sur l'identité et le positionnement des médecins de santé publique [Thompson 2015]. Celle-ci, basée sur des entretiens individuels, est axée sur les processus de développement identitaire. Les résultats mettaient en avant trois thématiques principales. Tout d'abord l'identité biomédicale était remise en question, avec un sentiment de non-appartenance à la médecine classique, tandis que d'autres valeurs étaient mises en avant : justice sociale, réduction des inégalités de santé, équité, etc. Ensuite, le sentiment d'une perte était mis en avant à différents niveaux : perte de la rencontre clinique individuelle avec le patient à laquelle les médecins sont préparés durant leurs études, perte de la perception directe et immédiate de l'utilité des actions réalisées, perte de la reconnaissance et de la visibilité du travail réalisé. Enfin le discrédit de l'identité de ces médecins rendait difficile la défense de leur place en tant que médecin auprès de leur entourage comme de leur groupe professionnel d'origine, la santé publique étant perçue par les autres comme un rejet de la médecine, du « gâchis », amenant à un exercice considéré comme peu spécialisé (pouvant être réalisé sans formation spécifique) et à une proximité jugée suspecte avec certains milieux comme l'administration et le monde politique.

Au-delà de ces trois thématiques, les auteurs insistaient sur le travail identitaire nécessaire pour réussir à penser la santé au-delà du niveau individuel, faisant écho à la conversion du regard que nous avons évoqué dans notre analyse. Par ailleurs, ils soulignaient que « *la marginalisation [de la santé publique] au sein de la médecine est le reflet de la marginalisation plus globale des approches de santé populationnelle dans le monde socio-politique* ».

Ces deux études, même si elles se sont appuyées sur des cadres théoriques différents, soulignent les difficultés et défis auxquels sont confrontés les étudiants en médecine qui choisissent de se spécialiser en santé publique. Il s'agit en particulier pour eux à la fois de faire le

¹¹² Dans cette théorie, face à des attentes non satisfaites, un individu (généralement un usager ou un consommateur, dans le cadre socio-économique) peut adopter trois comportements : s'en aller (*exit*), interpeller l'institution concernée (*voice*) ou accepter la situation (*loyalty*).

deuil (au moins partiel) de l'identité du médecin clinicien avec laquelle ils se sont construits au cours de leurs études, mais également de réussir à faire leur place dans un monde vaste, pluriprofessionnel et concurrentiel.

I.3.3. Des voies de clarification dessinées par certains pays

Même si ces questionnements sont partagés par les médecins de santé publique à travers le monde, il semble que, dans certains pays, une place plus claire ait pu se dessiner.

C'est par exemple le cas au Québec. La spécialité médicale de santé publique y est reconnue depuis 1981. Si elle était initialement peu choisie, l'affirmation d'un rôle plus clair pour les médecins de santé publique a permis de renforcer son attractivité [Poirier 2024]. Cette clarification s'est notamment traduite par l'obligation d'un diplôme de médecin de santé publique pour accéder à certains postes : autorité ministérielle conseillant le ministre de la Santé et son sous-ministre, autorités régionales en santé publique, certains postes de l'Institut national de santé publique. La plus-value du médecin de santé publique est ainsi renforcée, d'une part en affirmant la nécessité d'une formation spécifique pour les médecins souhaitant avoir une pratique de santé publique, et d'autre part en reconnaissant l'atout de la profession médicale qu'est sa légitimité forte auprès de la population.

Un autre exemple est celui de la Norvège. Le système de santé norvégien est notamment caractérisé par la responsabilité et la liberté d'organisations des collectivités territoriales concernant les soins primaires. Les médecins de santé publique y occupent une place importante, notamment en tant que « médecin responsable de l'agglomération », dont le rôle est inscrit dans la loi et inclut la gestion des soins primaires, la surveillance épidémiologie et la gestion des situations sanitaires exceptionnelles [Peyre-Costa 2024]. La nécessité d'une expertise médicale est par ailleurs définie comme un prérequis pour ces fonctions, notamment pour la réalisation de diagnostics territoriaux et la mise en place de politiques de santé publique [Rønnevik et al. 2024]. Ces différents éléments participent à faire des médecins de santé publique des acteurs majeurs de la responsabilité populationnelle en santé publique.

Ces deux exemples illustrent ainsi des voies possibles de clarification des rôles de médecins de santé publique, selon la place qu'ils peuvent occuper dans le système de santé et plus largement dans l'écosystème de santé publique. Dans ces deux cas, cette clarification vient de l'Etat, qui précise le rôle attendu des médecins de santé publique, en particulier dans le pilotage des politiques publiques. Même ces cadres permettent de faciliter la reconnaissance de la plus-value de ces professionnels dans ces fonctions, des tensions persistent sur certains aspects. Celles-ci sont notamment alimentées par la place de ces médecins à l'interface entre plusieurs mondes, qui les met face à des enjeux et des attentes parfois contradictoires [Cassola et al. 2022].

II. Perspectives

II.1. Pour la formation : des considérations à intégrer

Les travaux réalisés dans le cadre de cette thèse ont en particulier été motivés par les questionnements issus de mon expérience de l'internat de santé publique, et par ceux que j'ai pu

percevoir chez d'autres internes et médecins de santé publique, notamment à travers mes fonctions associatives. En tant qu'interne, membre d'associations d'internes, et ancien représentant étudiant, je souhaite donc m'appuyer sur les résultats de ces travaux pour émettre des propositions, pointer des perspectives d'amélioration ou plus simplement souligner des éléments qu'il me semble important de prendre en compte pour la spécialité de santé publique, en particulier dans l'objectif d'une socialisation plus « réussie » des internes.

II.1.1. Avant l'internat : donner à voir la santé publique

Concernant tout d'abord les études de médecine, il me semble important de poursuivre les efforts réalisés pour donner à voir la santé publique à l'ensemble des étudiants au cours de leurs premières années de formation. Il ne s'agit pas seulement de leur transmettre des bases en santé publique : l'acculturation à la santé publique, si elle est nécessaire, ne peut être le cœur de ces études qui resteront dominées par la clinique. Il s'agit également de montrer aux étudiants qui ne se retrouvent pas dans la voie classique que l'exercice de la santé publique existe et est une option envisageable. Il est donc nécessaire de rendre plus visible et plus concrète cette spécialité : à travers des témoignages, des stages ou d'autres expériences professionnelles, et plus largement en exposant davantage les étudiants à des médecins de santé publique, qui pourront devenir de potentiels modèles à travers lesquels les étudiants pourront se projeter.

Plus globalement, et comme évoqué juste avant, se pose la question de la santé publique vis-à-vis de la médecine. Cet enjeu, complexe, dépasse bien sûr le seul périmètre des études médicales. Il semble en tout cas intéressant de se remémorer et de repartir des propos de Robert Debré à propos de la réforme de l'hôpital et des études médicales de 1958¹¹³ [Debré 1973] :

De même que nous avons senti le besoin d'avoir d'autres éléments que nos propres sens pour faire le diagnostic et assurer le traitement de nos malades, de même, aujourd'hui, est absolument nécessaire cette idée que l'individu [...] fait partie d'un groupe social, n'a pas de possibilité de vie, d'expansion et de développement s'il n'est pas intégré à la collectivité au milieu de laquelle il est né et vit ; et que la médecine d'aujourd'hui comporte trois parties : l'étude clinique de son corps et de son esprit, l'étude biologique raffinée, avec des moyens supplémentaires pour connaître le fonctionnement et les vices de fonctionnement de son corps, et la santé publique pour se préoccuper de son attitude et de son comportement vis-à-vis de la société et du milieu influant sur lui. C'est une philosophie entière, c'est une pensée globale qui doit inspirer ce changement. Ceci ne se fera pas en un jour, mais, il faut, dès à présent, [...] être convaincu qu'il faut obtenir une révolution. Cette révolution qui met une dimension nouvelle dans l'ensemble de la médecine, dans les structures, dans les pensées, dans l'enseignement, dans l'exercice, dans la doctrine de la médecine elle-même.

¹¹³ Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

II.1.2. Pendant l'internat : renforcer l'accompagnement

Concernant l'internat de santé publique en tant que tel, deux considérations me semblent importantes.

Il ne me paraît pas forcément nécessaire ni bénéfique de chercher à tracer une voie claire et unique pour les internes de santé publique. Comme on l'a vu, les parcours sont multiples, diversifiés, et il serait bien difficile de définir des modèles types parmi lesquels les internes auraient à choisir. Au-delà de cette difficulté, une telle démarche me semble opposée à l'essence même du champ très large qu'est la santé publique. Même si sa diversité peut être perçue comme une menace dans l'identification d'une place claire pour le médecin de santé publique, c'est aussi la richesse de la spécialité, répondant par ailleurs à l'univers quasi infini et en renouvellement incessant dans lequel évolueront ensuite les médecins de santé publique.

La préservation de cet espace de liberté et d'exploration devrait en revanche s'accompagner d'un renforcement des échanges et du compagnonnage au sein de la spécialité. Comme on l'a vu dans cette étude, l'arrivée en santé publique correspond à des changements majeurs sur différents plans. Il est donc nécessaire d'accompagner les internes dans ces transformations et cet accompagnement peut prendre des formes très variées. Il peut s'agir de faciliter les échanges entre internes et d'encourager le partage d'un vécu et de questionnements qui peuvent sembler triviaux, mais devant lesquels on peut se sentir très seul. Il s'agit également d'accompagner l'acquisition d'outils, de connaissances, de savoirs et plus largement de clés qui permettront aux internes de faire leur place dans les meilleures conditions possibles. On peut souligner en particulier le besoin d'équilibration entre certaines disciplines dans la place qu'elles occupent au cours de l'internat, par exemple en termes d'enseignements, dans l'objectif d'apporter aux internes différentes approches et angles d'analyse. A titre d'illustration, la place des sciences humaines et sociales reste actuellement assez réduite, malgré les multiples approches complémentaires qu'elles pourraient apporter : histoire des pratiques soignantes et de la construction du système de santé, socio-anthropologie de la maladie, de la santé, de la santé publique et de la médecine, sciences politiques, psychologie sociale, etc.

Cet accompagnement pourrait également passer par une explicitation d'un certains nombres de caractéristiques de l'internat de santé publique et d'attendus dont les internes prennent progressivement et parfois difficilement conscience au cours de leur parcours : évolution dans un cadre quasi-absent, nécessité d'une démarche proactive, changement de temporalité et ses conséquences, fonctionnement en mode projet, etc. Une telle explicitation permettrait de faciliter l'acculturation à ce nouvel univers, voire d'identifier des compétences plus précises à acquérir en regard.

De façon résumée, et en adoptant la perspective d'un médecin de santé publique, il s'agit ainsi de donner aux internes de santé publique les capacités d'évoluer dans le monde de la santé publique, dans une démarche d'« empowerment » ou d'encapacitation. Les transformations qui s'opèrent au cours de l'internat semblent en effet propices à une telle démarche, en particulier la prise de conscience et le changement de regard nécessaires pour évoluer dans un nouveau milieu. Il s'agit ainsi de faciliter le développement d'une proactivité, demandée à des internes n'ayant pas tous les mêmes capacités et par ailleurs placés dans une position où ils doivent construire leur propre place. L'absence d'une telle démarche au cours de l'internat apparaît

d'autant plus paradoxale qu'une partie de ces internes se forment à cette démarche d'*empowerment*, appliquée à la population.

II.1.3. Après l'internat : rassembler les médecins de santé publique ?

Enfin, ce travail ouvre également des perspectives concernant le post-internat. Si les liens entre internes sont très présents durant l'internat, se matérialisant notamment sous la forme de multiples associations, la fin de la formation initiale marque également la disparition (au moins partielle) de ces échanges. Si certains contacts se maintiennent, dans le cadre de l'activité professionnelle ou en dehors, il ne semble pas exister d'espaces dédiés aux échanges entre médecins de santé publique. Bien que certains (de nombreux ?) médecins regrettent cette absence, les tentatives de faire émerger un tel espace n'ont pas réussi, jusqu'à présent, à porter leurs fruits.

Comme on l'a vu, les transformations à l'œuvre au cours de l'internat sont rarement achevées après ces 4 années, et se poursuivent dans les premières années d'exercice du médecin de santé publique, voire au-delà. Pour faciliter leur poursuite voire leur aboutissement, il pourrait donc être intéressant de trouver un moyen de prolonger les échanges entre médecins de santé publique.

Si les interrogations sur sa propre identité professionnelle sont très présentes chez les internes de santé publique, elles semblent moins marquées chez les médecins en exercice. Cependant, au-delà de la notion d'identité, il me semble que c'est avant tout l'enjeu de faire corps (c'est-à-dire d'appartenir à un groupe) qui questionne. Un tel enjeu est d'autant plus important que les médecins de santé publique exercent dans des structures et des domaines variés, en interprofessionnalité mais souvent coupés du contact avec leurs pairs. Il serait donc important de préserver et de multiplier des espaces d'échanges et de réflexion (tel que l'ouvrage récemment paru, dédié à la médecine de santé publique [Gautier et Satilmis 2024]), afin de rompre cet isolement et favoriser une dynamique professionnelle propre.

II.2. Pour la recherche : des travaux à poursuivre

Cette étude a permis de dessiner différents résultats sur les parcours et les processus de socialisation des internes de santé publique franciliens. S'il est important de confirmer et de consolider ces résultats par d'autres travaux, en mobilisant des approches complémentaires (telles que des enquêtes par questionnaire), certaines hypothèses et certains éléments n'ont pas pu être explorés ici – ou seulement partiellement – et il serait intéressant de les étudier. En particulier, nous souhaitons mettre en avant plusieurs pistes dont l'étude permettrait de compléter ce travail.

Tout d'abord, certains profils d'internes n'ont pas été retrouvés parmi nos enquêtés. C'est notamment le cas des étudiants faisant le choix de la santé publique par défaut (contraints par leur classement). Même s'ils représentent, selon les données existantes, une faible part des internes de santé publique, il serait intéressant d'étudier la façon dont ces étudiants vivent leur

internat de santé publique, et si ce dernier abouti plus fréquemment à une socialisation ratée en tant qu'interne puis médecin de santé publique.

Dans l'idée d'explorer les différences qui peuvent exister entre les étudiants ayant fait le choix d'une spécialité clinique et les internes de santé publique, des études (qualitatives ou quantitatives) pourraient être menées auprès d'internes de plusieurs spécialités, incluant la santé publique. Le cas particulier des internes de santé publique faisant un droit au remords vers une spécialité clinique mériterait notamment d'être creusé.

Les travaux que nous avons menés ici sont exclusivement centrés sur l'internat de santé publique en Île-de-France. Etant donné les fortes variabilités (en termes de nombre d'internes, d'offre de stages, de débouchés...) qui existent entre les différentes subdivisions, une étude dans d'autres régions – voire nationale – permettrait de montrer si les processus observés ici sont retrouvés ailleurs, et si d'autres éléments émergent.

Enfin, même si l'internat représente une période particulière, il est probable que certaines transformations se poursuivent chez les médecins de santé publique, voire que d'autres processus prennent place. Il serait donc intéressant d'explorer les évolutions observables chez les médecins de santé publique après l'internat et au cours de leur carrière.

Bibliographie

- Abbott AD. The system of professions: an essay on the division of expert labor. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
- Akrich M, Armand-Rastano É, Bajos N, Barbot J, Beck F, Bertschy S, et al. Dossier. La pluridisciplinarité en santé : quel bilan ? Quelles perspectives ? Sci Soc Santé. 1 déc 2022;40(4):69-106.
- Alberti C. L'Inserm, l'épidémiologie et l'orientation de la santé publique. Cah Com Pour L'histoire L'Inserm. 2020;(1):13-20.
- Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. Soc Sci Med. janv 2008;66(1):182-8.
- Alves de Rezende B. La formation des internes de santé publique en France. Offre et satisfaction. Université Bordeaux 2; 2010.
- Anguis M. En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées. Etudes & Résultats (DREES). mars 2017;(1006).
- Auslander V. Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitements faites aux étudiants en santé. Paris: Michalon Éditeur; 2017.
- Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot & Rivages; 2003.
- Baly O, Kletz F, Sardas JC, Alves de Rezende B. Articuler les dynamiques professionnelles et institutionnelles : un nouveau défi des systèmes de santé. 27e Congrès L'Association Lat Pour L'Analyse Systèmes Santé. juill 2016;
- Baszanger I. Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. Rev Fr Sociol. 1981;22(2):223-45.
- Becker HS. Outsiders: Studies in the sociology of deviance. New York: Free Press; 1963.
- Becker HS, Geer B, Hughes EC, Strauss AL. Boys in white: student culture in medical school. Transaction Publishers; 1961.
- Bérard A. Les médecins spécialistes de santé publique. Santé Publique. 2007;19(hs):53.
- Bercelli P. La Filière de santé publique de l'internat en médecine. Université de Rennes 1, Diplôme universitaire de méthodologie en santé communautaire; 1986 sept.
- Bercot R. Le devenir des femmes en chirurgie. La diversité des mondes de socialisation. Trav Empl. 1 janv 2015;(141):37-52.
- Bercot R, Mathieu-Fritz A. La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités. Rev Fr Sociol. 11 déc 2007;Vol. 48(4):751-79.
- Berger PL, Luckmann T. La construction sociale de la réalité. Malakoff: Armand Colin; 2022. (Sociologia).

- Bidet A. Qu'est-ce que le vrai boulot ? Le cas d'un groupe de techniciens. *Sociétés Contemp.* 6 juill 2010;n° 78(2):115-35.
- Billaut A. Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN). *Etudes & Résultats (DREES)*. sept 2005;(429).
- Bloy G. À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. *Rev Fr Aff Soc.* 12 juin 2014;(1):169-91.
- Blum-Boisgard C. Evaluation de la formation des internes de santé publique et médecine sociale. Agence nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale; 1994 juill p. 37.
- Bocognano A, Charrier R. Les flux d'internes de médecine. Suivi de la filiarisation 2013-2018. *Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé*; 2021 p. 27.
- Boige-Faure S. La formation en santé publique vue par un médecin directeur de service communal d'hygiène et de santé. *Actual Doss En Santé Publique*. déc 1992;(1):IX-X.
- Bonah C. L'enseignement des sciences humaines et sociales en médecine : éléments pour un panorama de la situation en France. *Médecine et sciences humaines Sciences humaines en médecine : formation et collaboration*. Bern: Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften; 2006.
- Bourdieu P. L'illusion biographique. *Actes Rech En Sci Soc.* 1986;62(1):69-72.
- Bourdieu P, Passeron JC. La reproduction. *Éléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris: Éd. de Minuit; 2005. (Collection « Le sens commun »).
- Boussard V, Del Peso M. Les ressources du pouvoir : féminisation des instances dirigeantes et difficile pouvoir des femmes. *Entrep Hist.* 28 oct 2020;n° 100(3):99-111.
- Bréchat PH, Salines E, Segouin C. Faciliter la mobilité des médecins de santé publique pour améliorer les politiques de santé. *Presse Médicale*. sept 2006;35(9):1210-2.
- Breuil-Genier P, Sicart D. L'origine sociale des professionnels de santé. *Etudes & Résultats (DREES)*. juin 2006;(496).
- Bricoteau D, Hoden S. Une nouvelle spécialité médicale : la santé publique, pour quoi faire ? Débouchés pour les internes de santé publique en France en 1990 - Prospectives. Université de Lille; 1990.
- Brouillet F. Que deviennent les étudiants qui s'inscrivent en premier cycle des études de médecine ? Note d'information Enseignement supérieur & Recherche. mai 2011;(11.09).
- Bruna MG. Le portage d'une politique diversité comme processus de changement organisationnel : phénoménologie et jeux d'acteurs. *Quest Manag.* 1 sept 2013;N° 3(2):25-35.
- Burch V, McKinley D, Van Wyk J, Kiguli-Walube S, Cameron D, Cilliers F, et al. Career intentions of medical students trained in six sub-Saharan African countries. *Educ Health.* 2011;24(3):614.

- Cabot M. La démographie des médecins de santé publique et médecine sociale en France : Etat des lieux, évolutions récentes et prospective. Université François-Rabelais - Faculté de médecine de Tours; 2013.
- Carriot F, Ruffié A. Les internes de santé publique au sein des CHU. Formation, rôles et compétences. *Gest Hosp.* avr 2000;(395):300-2.
- Cassola A, Fafard P, Nagi R, Hoffman SJ. Tensions and opportunities in the roles of senior public health officials in Canada: A qualitative study. *Health Policy.* oct 2022;126(10):988-95.
- Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs : Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Rev Fr Sociol.* 1 juill 2005;Vol. 46(3):443-67.
- Castra M, Schepens F. Devenir professionnel en soins palliatifs : Bifurcations professionnelles, apprentissages et recompositions identitaires. *Trav Empl.* 1 janv 2015;(141):53-69.
- Chabrol F, Hunsmann M, Kehr J. Réaliser un doctorat en sciences sociales de la santé : financements, pratiques de recherche et enjeux de professionnalisation. *Socio-Logos.* 2 mars 2012;(7).
- Champy F. La sociologie des professions. 2e éd. [mise à jour]. Paris: PUF; 2012. (Quadrige).
- CLISP. Participez à l'enquête sur l'identité professionnelle des (A)ISP ! *Bull CLISP.* oct 2013;(22):6.
- CLISP. Choisir la santé publique : affectations de 2015 à 2022. 2023.
- CNG. Bilan des Epreuves Classantes Nationales 2014. Centre National de Gestion; 2014 p. 38.
- CNOM. Démographie médicale française. Situation au 1er janvier 2005. Ordre National des Médecins; 2005 juin p. 36. Rapport n°38.
- CNOM. Spécialités dans les pays de l'Union Européenne. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Section Formation et Compétences médicales; 2011 mai.
- CNOM. Etude comparative des voies de qualification des spécialités médicales. A propos des données 2014 et évolution de 2009 à 2014. Ordre National des Médecins; 2015 p. 196.
- Cogneau J, Warck R, Tichet J, Royer B, Cailleau M, Balkau B, et al. Enquête de motivation sur la participation des médecins à une recherche en santé publique. *Santé Publique.* 1 juin 2002;Vol. 14(2):191-9.
- Compton MT, Frank E, Elon L, Carrera J. Changes in U.S. Medical Students' Specialty Interests over the Course of Medical School. *J Gen Intern Med.* juill 2008;23(7):1095-100.
- Corbin JM, Strauss AL. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory. 4e édition. Los Angeles London New Delhi Singapore Washington DC Boston: SAGE; 2015.
- Coulmont B. Les épreuves classantes nationales : âge, sexe et prestige [Internet]. 2017. Disponible sur : <https://coulmont.com/blog/2017/02/28/les-epreuves-classantes-nationales-age-sexe-et-prestige/>

- Creed PA, Searle J, Rogers ME. Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students. *Soc Sci Med.* sept 2010;71(6):1084-8.
- Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective. Paris: Éditions du Seuil; 1977. (Sociologie politique).
- Cruess SR, Cruess RL. Professionalism and Medicine's Social Contract with Society. *AMA J Ethics.* 1 avr 2004;6(4).
- CUESP. Internat de santé publique. Bilan et perspectives. *Bull Collège Univ Enseign Santé Publique.* mars 1990;(7):39-48.
- CUESP. Lettre du CUESP au Ministre de la santé. *G@zette du SNSP [Internet].* 22 févr 2005;58. Disponible sur : <http://s.n.s.p.free.fr/bak/chroniques/CHRON058.HTM>
- Dab W. Les fondamentaux de l'épidémiologie. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2021. (Vade-mecum pro).
- Danet F. La difficile professionnalisation du médecin de département d'information médicale. *Récept Sci Rev GREPH.* janv 2006;(3):43-53.
- Danset A. La santé psychique des externes en médecine des Universités François Rabelais de Tours et Paris 7-Diderot, une étude épidémiologique transversale descriptive multicentrique. *Faculté de médecine de Tours;* 2017.
- Darmon M. Sociologie de la conversion. Socialisation et transformations individuelles. Dans *Burton-Jeangros C, Maeder C. Identité et transformation des modes de vie.* Seismo; 2011. p. 64-84.
- Darmon M. La socialisation. 3e éd. Paris: Armand Colin; 2016. (128).
- De L'Estoile B. Observer en réunion. *Genèses.* 18 févr 2015;n° 98(1):3-6.
- Debré R. Discours de clôture d'une semaine consacrée à la santé publique et prononcée à l'École nationale de la santé publique en 1973. 1973.
- Demeulemeester R, Depinoy M. Une culture de santé publique en voie de développement : Réflexions sur l'avenir de la formation des médecins en santé publique. *Actual Doss En Santé Publique.* déc 1992;(1):VI-IX.
- Demeulemeester R, Depinoy M. Réflexion sur la formation des médecins en santé publique, treize ans plus tard. *Actual Doss En Santé Publique.* juin 2006;(55):51-2.
- Denise T, Divay S, Dos Santos M, Fournier C, Girard L, Luneau A. Pratiques de coopération en santé, regards sociologiques. Association française de sociologie, éditeur. Paris: IRDES; 2022. (Ouvrages de l'Irdes).
- Depinoy M. Comment la santé publique est-elle devenue une science universitaire ? Dans *Association française pour le développement de la recherche en travail social. Politiques et interventions sociales.* Presses de l'EHESP; 2013. p. 125-32.
- Dubar C. La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. Armand Colin; 2015.

- Dubar C, Tripier P, Boussard V. Sociologie des professions. 4e édition. Paris: Armand Colin; 2015.
- Dubernet AC. Faire (quelle ?) médecine. À propos de la loi de 1982 sur la réforme du troisième cycle des études médicales. Dans Cresson G, Schweyer FX. Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail Aspects sociologiques. Rennes: Éd. de l'École nationale de santé publique; 2000. p. 87-96.
- Dugué F. L'expérience commune d'un cheminement à la croisée des paradigmes. Dans Gautier S, Satilmis L. La médecine de santé publique : Une pratique singulière au service des populations. Rennes: Presses de l'EHESP; 2024. (Terrain Santé Social).
- Education Nationale. Bulletin officiel de l'Education Nationale n°13 du 30 mars 1989. mars 30, 1989.
- Falcoff H. Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : des missions de santé publique essentielles, mais des obstacles à leur mise en œuvre. Médecine Mal Métaboliques. mai 2022;16(3):243-8.
- Fassin D. Faire de la santé publique. 2e éd. révisée. Rennes: Éd. de l'École des hautes études en santé publique; 2008.
- Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. Etudes & Résultats (DREES). févr 2009;(720).
- Fauvet L, Jakubovitch S, Mikol F. Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé. Etudes & Résultats (DREES). juill 2015;(0927).
- Ferriot C, Leclère B, Colin C, Moret L. Contours et organisations des activités de santé publique au sein des centres hospitaliers universitaires français. Santé Publique. 2 mars 2021;Vol. 32(5):479-88.
- Fournier C, Buttet P, Le Lay E. Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Santé publique France; 2011. p. 45-83. (Baromètres santé).
- Fournier C, Girard G. Venir à la sociologie par la santé publique, faire de la santé publique en sociologie: Actes Rech En Sci Soc. 5 août 2021;N° 239(4):20-9.
- Fox DM. The Politics of Physicians' Responsibility in Epidemics: A Note on History. Hastings Cent Rep. avr 1988;18(2):5.
- Freidson E. Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied knowledge. USA: New York University; 1970.
- Freidson E. Professionalism and institutional ethics. Dans Baker RB, Caplan AL, Emanuel LL, Latham SR. The American medical ethics revolution. Baltimore: Hopkins University Press; 1999.
- Ganault J. Autonomie temporelle dans le travail salarié et articulation des temps sociaux. Sociologie. 25 oct 2022;13(4).
- Gaucher S, Thabut D. L'enseignement et l'enseignant influencent le choix de la spécialité médicale. Enquête auprès de 207 étudiants. Presse Médicale. avr 2013;42(4):e89-95.

- Gautier S, Rouquette A, Josseran L. Médecins de santé publique : quels effectifs aujourd'hui et demain ? Dans Gautier S, Satilmis L. La médecine de santé publique : Une pratique singulière au service des populations. Rennes: Presses de l'EHESP; 2024. (Terrain Santé Social).
- Gautier S, Satilmis L. La médecine de santé publique : Une pratique singulière au service des populations. Rennes: Presses de l'EHESP; 2024. (Terrain Santé Social).
- Gerhard J, Rossi Ribeiro E, Sanson Zagonel IP, Machado Prado MR. Students' Perception of Public Health in Medical Education Training. *MedEdPublish*. 5 avr 2018;7:77.
- Givron H, Fischer L, Deseilles M. A mixed-approach to investigate what motivates Belgian students to study medicine. *MedEdPublish*. 2020;9(1).
- Gobet A. Activités hospitalières des médecins de santé publique : Enquête nationale auprès des CHU en France, 2013. Université Bordeaux 2; 2013.
- Godeau E. L'"esprit de corps" : Sexe et mort dans la formation des internes en médecine. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme; 2014.
- Goldacre MJ, Laxton L, Lambert TW, Webster P. Career choices for public health: cohort studies of graduates from UK medical schools. *J Public Health*. 1 déc 2011;33(4):616-23.
- Golfouse A, Pheng B. Les épreuves classantes nationales (ECN) donnant accès au 3ème cycle des études médicales. *Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé*; 2015 oct p. 65.
- Gordon L, Rees CE, Jindal-Snape D. Doctors' identity transitions: Choosing to occupy a state of 'betwixt and between'. *Med Educ*. nov 2020;54(11):1006-18.
- Grémy F. Pourquoi est-il si difficile de greffer l'enseignement de la santé publique sur notre système de santé ? *Actual Doss En Santé Publique*. juin 2006;(55):53-5.
- Guerra J, Dugué F. Enquête sur le devenir des anciens internes de santé publique. *CLISP*; 2018 mars p. 46.
- Guerra J, Dugué F. La carrière des médecins spécialistes de santé publique et médecine sociale titulaires du diplôme d'études spécialisées. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. avr 2019;67(2):106-13.
- Guerra J, Leleu H. Diplômes d'études spécialisées en santé publique et médecine sociale. Evolution et perspectives. *CLISP*; 2010 juin p. 27.
- Guglielmi GJ, Haroche C. L'esprit de corps, démocratie et espace public. Université de Paris I: Panthéon-Sorbonne, éditeur. Paris: Presses universitaires de France; 2005. (La politique éclatée).
- Hardy AC. Variations sociologiques sur le thème de la médecine [Habilitation à Diriger des Recherches. Mention : Sociologie]. Université de Nantes; 2010.
- Hardy AC. 1. Du colloque singulier à l'éthique médicale. *Travailler à Guérir*. Presses de l'EHESP; 2013. p. 23-45.

- Hardy AC. La formation de l'objet du travail médical : L'exemple de la médecine générale et de la gynécologie obstétrique. *Trav Empl.* 1 janv 2015;(141):9-24.
- Hardy AC, Jourdain M. L'entretien dans l'entretien : expérimentation d'une méthode d'interprétation de l'implicite. *Rech Qual.* 2016;(Hors-série n°20):282-96.
- Hardy-Dubernet AC. À propos d'une minute décisive : le choix d'une spécialité médicale. *J Gest Déconomie Médicales.* 2009;27(4):174.
- Hardy-Dubernet AC, Arliaud M, Horellou-Lafarge C, Le Roy F, Blanc MA. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins. *Laboratoire d'économie et sociologie du travail (LEST), Laboratoire Georges Friedmann;* 2001 p. 200.
- Hardy-Dubernet AC, Faure Y. Le choix d'une vie... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves lassantes nationales 2005. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2006 déc p. 95. (Série Etudes). Rapport n°66.
- Hau MM, Tyler IV, Buxton JA, Elliott LJ, Harvey BJ, Hockin JC, et al. Assessing Canadian Medical Students' Familiarity with and Interest in Pursuing a Career in Community Medicine. *Can J Public Health.* mai 2009;100(3):194-8.
- HCAAM. Assurance-Maladie et prévention : pour un engagement plus efficient de tous les acteurs. Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie; 2004 nov p. 40.
- HCSP. Évaluation du service sanitaire des étudiants en santé - Rapport final. Haut Conseil de la santé publique; 2022 juill p. 146. (Avis et Rapports).
- Heintzmann F, Vidal A, Chabot JM, Brodin M, Lombrail P, Gottot S. Interne en santé publique : qui suis-je ? *Rev Educ Médicale.* 1986;11-6.
- Hindhede AL. Medical students' educational strategies in an environment of prestige hierarchies of specialties and diseases. *Br J Sociol Educ.* 2 avr 2020;41(3):315-30.
- Hirschman AO. *Exit, voice and loyalty: responses to decline in firms, organisations and States.* Cambridge (Mass.): Harvard university press; 1970.
- Hughes EC. The Making of a Physician — General Statement of Ideas and Problems. *Hum Organ.* 1956;14(4):21-5.
- Hughes EC. *Le regard sociologique. Essais choisis.* Paris: École des hautes études en science sociales; 1996. (Recherches d'histoire et de sciences sociales).
- Hurel C, Thomas B, Valter R, Geslin M, Cazzorla F. L'Attractivité du DES de santé publique vue par la promo 2021. Enquête du groupe de travail Attractivité et promotion de la spécialité du CLISP. *CLISP;* 2022 déc p. 33.
- ISNAR-IMG, ANEMF, ISNI. Dépression, burn-out, humiliation et harcèlement : La santé mentale des futurs médecins en danger [Internet]. 2021. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/DP-Sante-mentale2021-int.pdf>

- ISNI. Les jeunes médecins sont-ils bien formés ? Résultats de l'enquête nationale sur l'état de l'enseignement théorique des internes. InterSyndicat National des Internes; 2014 mars p. 34.
- ISNI. Enquête – Temps de travail des internes 2020 [Internet]. ISNI. 2020. Disponible sur : <https://isni.fr/enquete-temps-de-travail-des-internes/>
- ISNI. Enquête SESAME : Stereotype Specialties Among Medical class. Santé publique (en cours de publication). 2021.
- ISNIH. Internes en médecine : Gardes, astreintes et temps de travail. Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux; 2012 p. 44.
- Jaisson M. La mort aurait-elle mauvais genre ? La structure des spécialités médicales à l'épreuve de la morphologie sociale. Actes Rech En Sci Soc. 1 juin 2002;n° 143(3):44-52.
- Jorro A. Ethos professionnel. Dictionnaire des concepts de la professionnalisation. De Boeck Supérieur; 2013. p. 362.
- Juston Morival R. Médecins légistes : une enquête sociologique. Paris: SciencesPo les presses; 2020. (Académique).
- Juston R. Devenir expert, rester médecin ? Les effets de la spécialité médicale sur l'exercice de la médecine légale. Sociol Trav. 3 sept 2018;60(3).
- Kar SS, Ramalingam A, Premarajan KC, Roy G. Do medical students prefer a career in community medicine? Int J Prev Med. nov 2014;5(11):1468-74.
- de Kervasdoué J. Place et rôle de la formation en santé publique dans les réformes du système de santé. Actual Doss En Santé Publique. juin 2006;(55):63-5.
- Kohler C, Braun M, Mari G, Roland J. Evolution du profil des étudiants ayant passé le concours de PCEM1 à la Faculté de Médecine de Nancy de 1992 à 2001. Pédagogie Médicale. févr 2003;4(1):12-7.
- de Lamaze E, Pujalte C. Les principes essentiels de la profession d'avocat et leurs applications pratiques. L'avocat, le juge et la déontologie. Presses Universitaires de France; 2009. p. 151-82. (Questions judiciaires).
- Lamri J, Barabel M, Lubart T, Meier O. Généralités sur les soft skills. Le défi des soft skills. Dunod; 2022. p. 256.
- Laouenan C. Editorial. Bulletin du CLISP. janv 2009;(11):1.
- Lefevre JH, Roupert M, Kerneis S, Karila L. Career choices of medical students: a national survey of 1780 students: Motivation in medical student career choices. Med Educ. juin 2010;44(6):603-12.
- Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer. 2e éd. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2019. (Méthodes en sciences humaines).
- Lejeune C. Des logiciels en recherche qualitative ? Pièges, limites et questions liminaires. Dans Kivits J, Balard F, Fournier C, Winancer M Armand Colin; 2023. (Collection U).

- Longchamps C, Hurel C. Enseignements organisés localement dans le cadre du DES de santé publique. Résultats de l'enquête 2020 - Rapport synthétique. CLISP; 2021 août p. 22.
- Longchamps C, Thomas B, Corbin S, De Lafforest S, Gautier S. Mobilisation des internes de santé publique durant la première vague de l'épidémie de COVID-19 en France. Santé Publique. 11 juill 2022;Vol. 34(HS1):10b-10b.
- Marra D. Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé. Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation; 2018 avr p. 69.
- Martin T. Impact de l'épidémie de covid-19 sur l'exercice médical en administration. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2022.
- Masquelez M. Le droit au remords, un questionnaire personnel et professionnel pour les internes étant ou ayant été en médecine générale, à la recherche de leur identité professionnelle. Étude qualitative réalisée dans la subdivision de Strasbourg. Université de Strasbourg; 2023.
- Mauffret M. La formation en santé publique. Actual Doss En Santé Publique. déc 1992;1:I-V.
- Maurin D, Pacault C, Galès B. Les blagues sont des vecteurs de stéréotypes. Exemple de la profession médicale à partir de 220 blagues. Presse Médicale. déc 2014;43(12):e385-92.
- McFarland SL, Meyers P, Sautter R, Honsvall A, Prunuske J. Medical Student Decision Making Regarding Pursuit of a Public Health Degree. Fam Med. mars 2016;48(3):203-11.
- Merton RK, Reader GG, Kendall PL. The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1957.
- Micoulaud-Franchi JA. Conversion du regard chez l'étudiant en médecine : expérience d'un « orphelin de la science ». Pédagogie Médicale. août 2010;11(3):187-96.
- Millet M. La socialisation universitaire des cultures étudiantes par les matrices disciplinaires. Dans Neyrat Y. Les cultures étudiantes Socio-anthropologie de l'univers étudiant. Paris: L'Harmattan; 2010. p. 13-26.
- Moreau Y. Création d'un hôpital universitaire de santé publique à l'Hôtel-Dieu. Rapport du groupe de travail réflexion prospective. 2012 juin p. 163.
- Moutaud B. L'implantation de la recherche clinique à l'hôpital en France : Histoire de la création des centres d'investigation clinique. médecine/sciences. août 2010;26(8-9):768-71.
- Nguyen DP. De la constitution à l'expression d'une expertise. Dans Gautier S, Satilmis L. La médecine de santé publique : Une pratique singulière au service des populations. Rennes: Presses de l'EHESP; 2024. (Terrain Santé Social).
- Norredam M, Album D. Review Article: Prestige and its significance for medical specialties and diseases. Scand J Public Health. déc 2007;35(6):655-61.
- OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Organisation mondiale de la Santé; 1986.

- Osty F. Sociologie des professions et des métiers. Dans Alter N Presses Universitaires de France; 2012. p. 63-82. (Quadrige).
- Pailot P, Poroli C, Lee-Gosselin H, Chasserio S. Contribution à une lecture catégorielle et interactionniste de la légitimité des femmes entrepreneures. Rev L'Entrepreneuriat. 8 sept 2015;Vol. 14(2):31-57.
- Parsons T. The social system. Glencoe (Ill): Free Press; 1951.
- Penchaud AL. En quête d'un style : la socialisation professionnelle des internes en psychiatrie. Université Bordeaux 2; 2007.
- Perrillat F, Goldberg M. Que font les internes de Santé publique d'Île-de-France (IDF) au cours de leur internat ? Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 1999;47(1):90-2.
- Petit L. Former des médecins de santé publique par la voie de l'internat. Enquête par entretiens et recueil 'archives sur la création d'une filière dédiée à la santé publique au début des années 1980. Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2020.
- Peyre-Costa D. Les médecins de santé publique en Europe. Dans Gautier S, Satilmis L. La médecine de santé publique : Une pratique singulière au service des populations. Rennes: Presses de l'EHESP; 2024. (Terrain Santé Social).
- Pfarrwaller E, Voirol L, Karemera M, Guerrier S, Baroffio A. Dynamics of career intentions in a medical student cohort: a four-year longitudinal study. BMC Med Educ. 27 févr 2023;23(1):131.
- Pinell P. Champ médical et processus de spécialisation. Actes Rech En Sci Soc. 2005;156-157(1):4.
- Poirier A. Formation et fonctions des médecins spécialistes de santé publique au Québec. Dans Gautier S, Satilmis L. La médecine de santé publique : Une pratique singulière au service des populations. Rennes: Presses de l'EHESP; 2024. (Terrain Santé Social).
- Pommier J, Grimaud O. Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles. Santé Publique. 1 févr 2007;Vol. 19(hs):9-14.
- Prigent O, Bureau A, Aromatario O, Cambon L. Impacts et mise en œuvre du service sanitaire des étudiants en santé (SSES) français : étude de cas dans deux académies françaises. Glob Health Promot. juin 2022;29(2):107-15.
- R Core Team. R: A language and environment for statistical computing [Internet]. Vienne, Autriche: R Foundation for Statistical Computing; 2021. Disponible sur : <https://www.R-project.org/>
- Rachidi G. Perspectives d'emploi et de formation des médecins ayant une activité de santé publique sur la région Rhône-Alpes. Université de Grenoble; 1988.
- Raimondeau J, Bréchat PH. 100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique. Actual Doss En Santé Publique. déc 2002;41:67-71.

- Raimondeau J, Carmona E. Histoires de la santé publique. Dans Raimondeau J, Naty-Daouin P, Marin P, Huteau G, Carmona E, Bréchat PH. Manuel de santé publique : connaissances, enjeux et défis. Rennes: Presses de l'EHESP; 2020. (Références santé social).
- Rolland F, Bentegeac R. Choisir une discipline médicale d'exercice : facteurs de choix et représentations des étudiants en médecine en France. *Pédagogie Médicale*. 2019;20(3):111-9.
- Rønnevik DH, Pettersen BJ, Grimsmo A, Steinsbekk A. The Role of Chief Medical officers in making Public Health Overview Documents in Norwegian Municipalities. A qualitative Study. *BMC Public Health*. 23 avr 2024;24(1).
- Saint-Marc D. La formation des médecins. *Sociologie des études médicales*. Paris: L'Harmattan; 2011. (Le travail du social).
- Salamon R. La formation à la Santé Publique. *Actual Doss En Santé Publique*. déc 1992;(1):XI-XII.
- Salomez JL, Quantin C. État actuel et perspectives de la formation universitaire en santé publique en France. *Actual Doss En Santé Publique*. juin 2006;(55):49-50.
- Sarlon E. L'offre actuelle de formation en santé publique en France. *Actual Doss En Santé Publique*. juin 2006;(55):17-22.
- Schepens F, Zolesio E. La fabrication du soignant au travail : Introduction. *Trav Empl*. 1 janv 2015;(141):5-7.
- Schweyer FX. Médecins, pharmaciens, ingénieurs : Les corps techniques de l'État en santé publique. *Santé Publique*. 1 févr 2007;Vol. 19(hs):37-51.
- Schweyer FX. Activités et pratiques des médecins généralistes. Dans Bloy G, Schweyer FX. *Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP; 2010. p. 424. (Métiers Santé Social).
- Schweyer FX. Sociologie des professions du champ sanitaire et social. Dans Louazel M, Mourier A, Ollivier E, Ollivier R. *Le management en santé*. Presses de l'EHESP; 2018. p. 121-37. (Références santé social).
- Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2013. *DREES*; 2013 avr p. 150. (Série Statistiques). Rapport n°179.
- de Singly F. Choisir des « lunettes » sociologiques pour mieux voir la réalité sociale. Dans de Singly F, Giraud C, Martin O. *Apprendre la sociologie par l'exemple*. Paris: Armand Colin; 2016. p. 21-31.
- Soethout MBM, Ten Cate OJ, Van Der Wal G. Development of an interest in a career in public health during medical school. *Public Health*. avr 2008;122(4):361-6.
- SPI. Enquête sur le devenir professionnel des internes de santé publique. *Actual Doss En Santé Publique*. mars 1995;(10):9.
- SPI. Accueil des premiers semestres. *Internat de santé publique*. Octobre 2006. 2006.

- Strauss AL, Baszanger I. La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme. Paris: Ed. L'Harmattan; 1992. (Logiques sociales).
- Tajahmady A. Editorial. Bulletin du CLISP. nov 2004;(1):1.
- Tajahmady A. Editorial. Bulletin du CLISP. mai 2005;(3):1.
- Thomas B. Pistes d'amélioration pour l'attractivité du DES de santé publique. Enquête par questionnaire auprès des internes et médecins de santé publique. CLISP; 2024 juin p. 25.
- Thompson L. Leaving the stethoscope behind: public health doctors and identity work. Crit Public Health. janv 2015;25(1):89-100.
- Tron-Ymonet LH. « God has a rival », Le Dieu Chirurgical, étude d'une nouvelle figure sacrée fin-de-siècle. Mod Contemp Fr. 1 oct 2020;28(4):381-94.
- Vaglun, Wiers-Jenssen, Ekeberg. Motivation for medical school: the relationship to gender and specialty preferences in a nationwide sample. Med Educ. avr 1999;33(4):236-42.
- Valter R, Thomas B, Geslin M, Bonnier S, Cazzorla F, Hurel C. Choisir la santé publique : une enquête auprès de 103 nouveaux internes. Congrès SFSP 2023. 2023;
- Vandenberghe M. Les Médecins Inspecteurs de Santé Publique : Une conversion identitaire et une transformation de l'action publique dans le champ de la santé. Université de Lille 1; 2001.
- Vanderschelden M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006. Etudes & Résultats (DREES). avr 2007;(571).
- Vergez-Chaignon B. Les internes des hôpitaux de Paris : 1802-1952. Paris: Hachette littératures; 2002. (La vie quotidienne).
- Vergnaud S. Médecins, pouvoir et légitimité : étude de cas de l'implication des médecins dans la gouvernance en santé. Université de Nantes; 2019.
- Vergnaud S. Les médecins de santé publique: des marginaux-sécants à risque de déprofessionnalisation. Dans Gautier S, Satilmis L. La médecine de santé publique : Une pratique singulière au service des populations. Rennes: Presses de l'EHESP; 2024. (Terrain Santé Social).
- Villanueva M, Castro R. Sistemas de jerarquización del campo médico en México: un análisis sociológico. Ciênc Saúde Coletiva. juin 2020;25(6):2377-86.
- Winslow CEA. The Untilled Fields of Public Health. Science. 9 janv 1920;51(1306):23-33.
- Wittorski R. La notion d'identité collective. Dans Kaddouri M, Lespessailles C, Maillebouis M, Vasconcellos M. La question identitaire dans le travail et la formation : contributions de la recherche, état des pratiques et étude bibliographique. Paris: L'Harmattan; 2008. (Les cahiers du Griot).
- Wouters A, Croiset G, Isik U, Kusurkar RA. Motivation of Dutch high school students from various backgrounds for applying to study medicine: a qualitative study. BMJ Open. mai 2017;7(5):e014779.

- Zolesio E. Des femmes dans un métier d'hommes : l'apprentissage de la chirurgie. *Trav Genre Sociétés*. 27 oct 2009a;N° 22(2):117-33.
- Zolesio E. Marie Laborie, un cas de socialisation chirurgicale ratée. *Sociétés Contemp*. 3 juill 2009b;n° 74(2):147-65.
- Zolesio E. La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle. *Sociologie*. 2012;3(4):377.
- Zolesio E. Socialisations primaires / secondaires : quels enjeux ? *Idées Économiques Soc*. 22 févr 2018;N° 191(1):15-21.
- Zweingenthal VEM, Pick WM, London L. Motivations of South African physicians specialising in public health. *Glob Health Action*. janv 2018;11(1):1475039.

Annexes

Annexe 1. Guide d'entretien

Début d'entretien, rappels :

- Objectif : approfondir connaissances sur
 - **Parcours des internes et médecins de santé publique**
 - Ce qui fonde leur **identité professionnelle**.

- Si d'accord, entretien **enregistré**
 - **Retranscrit** afin d'être analysé
 - Contenu confidentiel
 - Accessible uniquement enquêteur et co-directeurs de thèse
 - Résultats anonymisés
 - Validation du **consentement** & lancement enregistrement

- **Enquêteur guidera l'entretien.**
 - Prise de notes Aide-mémoire pour ne pas perdre le fil
 - Discussion ouverte Pas de bonne ou de mauvaise réponse
 - Se sentir libre de parler de ce qu'on veut, pas de « cases »
 - Entretien plus global que aspects « scolaires », pour comprendre parcours/histoire dans l'ensemble

- Prévenir si temps limité / contraintes après
- Possibilité d'accéder aux résultats de l'étude

N° entretien :	
Date :	Lieu :
Nom :	Prénom :
Statut :	ECN :
<input type="checkbox"/> Consentement enregistrement & analyse	

Pouvez-vous me raconter votre parcours personnel et de formation, jusqu'à devenir interne / médecin de santé publique ?

- Qu'est-ce qui a conduit à suivre **études médecine** ? Déroulement ?
 - Choix alternatifs à médecine ? Expériences marquantes Rapport à l'ECN
 - Vécu stages Clinique Patients (relation med-patient // classique) Resp indiv/collective
 - Rapports pro / position dans l'équipe (med/paramed) Hiérarchie
 - Préoccupations Intérêt /Hobbies Engagements Vie de la fac Travail à côté
 - Fait des choses différentes des autres ? Place des études
- Comment s'est passé **choix spécialité** ? Comment intérêt santé publique ?
 - Circonstances émergence Efforts pour conforter choix Alternatives ?
 - Critères perso choix Facteurs non rationnels Personnes consultées pour choix
 - Arbitrage priorités ville / spé Equilibre pro/perso Choix Paris
 - Appui vision SP 2^e cycle ? Stéréotypes (ressentis ou mis à distance ?)
 - Présentation & perception choix SP par autres
- Comment s'est déroulé **internat** ?
 - Contenu / Activité Tâches au quotidien Ce qui donne du sens / utilité
 - o Apprécié ? Noble / sale boulot ? Rôle dans le projet Rythme
 - Comment orienté parcours ? Déterminants ?
 - o Stages attirants Pourquoi ? Découverte univers / fonctionnement ?
 - o Rencontres ? Sujets de travail ? Formation ? Lien promo ? Congrès
 - Formations théoriques Pourquoi ou non ? Ce qu'on retient ?
 - **Compétences spécifiques** apprises Ce qu'on retient du stage / Ce qu'on en tire
 - Qui encadre ? Qui entoure ? Quelles personnes ressources ?
 - Figures marquantes / modèles Quelles raisons ?
 - o Sinon : Manque ? Compensation ? Construction d'un modèle ?
 - Sentiment d'efficacité Autonomie / aller chercher des infos Statut
 - **Éléments marquants**/importants ? Etonnement Crainte
 - Questions qui travaillent/ont travaillé pendant l'internat ?
- **Entrée dans monde professionnel** ?
 - Choix poste(s) Contenu activité Gestion de carrière
 - Souhait d'orientation : poste, activité Stabilité Statut Rémunération
 - Regard sur internat : apports ? manques ?
- **Comment se définit/se présente** ? Perception identité Quelle légitimation ? Surspé ?
 - Se **sentir médecin** : Assimilé à quoi ? Image sociale Attachement
 - Eloignement avec SP (& difficultés) Légitimité Articulation clinique/SP
- Qu'est-ce que **la santé publique** ? **Faire** de la SP ? Être **MSP** ? Comment contribue à la SP ?
 - Explication travail à un collègue médecin clinicien ? A ami/famille ?
- **Couple** / Amis Profession Soutien / influence Division des tâches
 - Partage expérience d'amis internes cliniciens ?
- **Milieu/famille** dans lequel a grandi ? Prof. parents/frère-sœur Méd. dans famille (spés)
- Ajouts ? (Autres choses qui ont joué un rôle) Remerciement / contact ultérieur / mémoire DES

Annexe 2. Arbre de codage

- socialisation primaire
 - environnement
 - lycée
 - expérience à l'étranger
 - grandir en province
 - Paris
 - famille
 - valeurs transmises
 - avoir des parents CSP+
 - médecine
 - attrait des parents pour la médecine
 - ne pas avoir d'entourage médical
 - avoir un entourage médical
- choix médecine
 - être incité à faire des études sup
 - vivre une expérience à l'étranger
 - autres filières
 - avoir des proches dans d'autres filières
 - aller contre les attentes des proches
 - vivre une expérience pro
 - avoir des intérêts multiples
 - hésiter entre des filières
 - médecine
 - écarter médecine
 - ne pas se projeter
 - médecine comme une possibilité
 - pour faire de la recherche
 - se projeter à travers d'autres personnes
 - aimer les sciences de la vie
 - être intéressé par la prévention
 - s'orienter tardivement vers médecin (pas depuis enfance)
 - médecine comme un besoin
 - avoir besoin de changer de situation
 - vouloir soigner-relation aux patients
 - acquérir une reconnaissance
 - être capable de relever un défi
 - médecine comme une évidence
 - subir un choix
- études médicales
 - avoir une expérience à l'étranger
 - théorie
 - critique des cours
 - percevoir dérives du "mode concours"
 - ne rien retenir
 - ne pas apprécier les cours
 - travailler à fond
 - être stressé pour les examens
 - ne pas prendre de retard
 - valoriser le classement/les résultats scolaires
 - épanouissement
 - apprécier les cours
 - avoir un rythme acceptable
 - pratique
 - désillusion
 - être proactif
 - difficultés en stage
 - équipe non bienveillante
 - responsabilité pesante
 - ne pas réussir à se détacher
 - avoir peur de faire une erreur
 - se sentir incompetent
 - épanouissement
 - avoir un modèle
 - aimer les patients
 - mettre en pratique ses connaissances
 - se projeter dans la pratique clinique
 - travailler dans une bonne ambiance
 - conscience des différences avec les autres
 - partager ces différences avec d'autres
 - perçues comme négatives
 - pas de passion pour médecine
 - se sentir largué
 - perçues comme positives
 - être plus impliqué en stage
 - se sentir plus mature
 - avoir des intérêts hors médecine
 - remise en question
 - ne pas trouver sa voie en médecine
 - vouloir arrêter médecine
 - pression sociale pour continuer médecine
 - ne pas trouver sa place

- douter de son orientation
- suivi d'une voie tracée
 - être la tête dans le guidon
- choix spécialité
 - choix de la ville
 - pouvoir échanger avec des co-internes
 - rester dans sa région d'origine
 - prioriser l'offre de stages d'internat
 - se questionner sur le choix de spé
 - santé publique
 - doutes
 - difficultés à se projeter
 - image négative SP
 - loin de la réalité/administratif
 - derniers classés
 - satisfaire les attentes familiales
 - clinique et SP
 - ne pas faire une croix dessus
 - 1-découverte
 - ne pas connaître la SP
 - rencontrer qqn qui fait de la SP
 - expérience en SP
 - choisir un stage en SP
 - apprécier travailler en SP
 - participer à un projet de SP
 - avoir une opportunité
 - être informé (par qqn) sur la santé publique
 - 2-SP comme une possibilité
 - avoir une vision ouverte de la médecine
 - contenu aligné aux attentes
 - ouverture hors médecine
 - aimer les matières "de SP"
 - travailler en interpo
 - se projeter en SP-être attiré
 - envisager la santé publique
 - 3-décision finale
 - être soutenu dans son choix
 - travailler à l'acceptation de son choix par les autres
 - devoir justifier son choix
 - faire un choix
- internat
 - à côté
 - voir des amis
 - amis hors médecine
- autres travaux/intérêts
- formation théorique
 - vécu
 - compréhension mise en place recherche/étude
 - apports retenus limités
 - devoir trouver des formations
 - difficultés stage temps plein + cours
 - pouvoir libérer du temps facilement
 - besoin d'un corpus commun
 - manque de cours de DES
 - en avoir marre
 - motivations/raisons
 - contraintes
 - lien théorie-pratique
 - échanger avec d'autres internes
 - se former pour son exercice futur
 - formations suivies
 - M2
 - DES
 - M1KB
 - DU
- arrivée en SP
 - montée en charge progressive
 - créer des liens avec les autres internes
 - lien avec promo
 - conseils par vieux internes
 - se sentir perdu/non préparé
 - ne rien savoir
 - faire face au changement
 - être préparé à l'internat de SP
 - faire une transition
 - rester sur du connu
 - avoir déjà une expérience en SP
 - premier stage
- choix de stage
 - pour la "forme"
 - choix pour la localisation (proximité géo)
 - choisir pour l'encadrement
 - connaître l'encadrant en amont
 - y aller "au feeling"/ne pas trop se poser de question
 - pour le fond

- choix pour découvrir un univers/structure
 - ou rester dans structure déjà connu
- choix pour le projet/l'activité
 - choisir pour la thèse
 - continuer un travail en cours
 - choix pour dev compétences
- choix pour approfondir une thématique
 - choix selon appétences
- influences/contraintes
 - fiche de poste
 - conseils encadrants
 - manque de légitimité/expérience
 - maquette
- activité
 - décrire son projet
 - gestion-échanges
 - échanger avec d'autres acteurs
 - échanger avec collègues
 - gestion de projet
 - mener son projet
 - participer à d'autres projets
 - animer ateliers/réunions
 - participer à des réunions
 - gestion de situation complexe
 - biblio/comprendre le sujet/synthèse
 - revue de la littérature
 - production
 - relecture
 - support de formation/comm
 - publication scientifique
 - rédaction dossiers
 - rédaction rapport
 - présentation orale
 - mise en place étude/protocole
 - réflexion
 - terrain
 - auditions
 - visites
 - recueil-analyse données
 - analyse éco
 - enseigner/former
 - projet de recherche
 - recherche clinique/protocole
 - clinique
- conditions de travail
 - autonomie
 - faire soi-même
 - être proactif/"prendre le lead"/s'investir
 - ne pas chercher plus d'activité
 - aller chercher la bonne info
 - avoir des marges de manoeuvre/liberté
 - être "jeté dans le bain"
 - être responsable de projets
 - rythme
 - télétravailler
 - rythme moins lent
 - pression
 - quantité de travail importante
 - pas d'attente/pression
 - rythme lent
 - ne pas avoir de choses à faire
 - dépendre d'autres acteurs
 - difficultés à percevoir les avancées
 - changer tous les 6 mois
 - opportunités de découverte/diversité
 - coût/investissement
 - fonctionnement par projet
 - avoir plusieurs projets en parallèle
 - éléments intercurrents
 - continuer ses projets après fin stage
 - ne pas finir ses projets
 - mener son projet jusqu'au bout
 - équipe
 - apprentissage informel
 - encadrement
 - ne pas être poussé/être limité
 - être guidé
 - faire des points/avoir des retours
 - par des MSP
 - avoir un modèle
 - avoir des conseils
 - apprendre vision/attitude
 - ne pas être encadré
 - être avec des co-internes en stage
 - hiérarchie
 - travailler en équipe/collaboration

- complémentarité
- échanges informels
- être intégré dans l'équipe/au même niveau
- cotoyer des profils variés
- bonne équipe/bonne ambiance
- co-internes
 - échanger
 - échanger sur les parcours
 - retrouver des profils similaires
 - développer son réseau
 - s'intégrer
 - soirée/WE/rencontres
 - apprendre à/aider/accompagner
- apprentissage en stage
 - apprendre en pratiquant
 - apprentissage continu
 - percevoir sa progression
 - ne pas se sentir avancer
 - être capable de vite monter en compétence
 - avoir des compétences mobilisables en stage
 - hard skills
 - rédaction
 - analyse de données
 - soft skills
 - communiquer
 - fonctionnement de structures/milieux
 - développer son réseau
 - gérer une équipe
 - faire avec des profils différents
 - gérer un projet
 - prendre la suite de qqn sur un projet
 - sortir de la vision médicale
- vécu
 - frustration
 - coupure avec la clinique
 - ne pas développer ses compétences cliniques
 - temporalité
 - ne pas voir le résultat/pas d'aboutissement concret
 - ne pas être poussé
 - apprentissage limité dans certains stages
- pas assez de missions/responsabilités
- vu comme un "simple" stagiaire
- se sentir isolé des autres internes
- vouloir aller plus loin
 - ne pas pouvoir tout explorer
 - ne pas se sentir compétent sur tout
- ne pas aimer activité
 - intérêt modéré
 - activité/mission imposée
- épanouissement
 - par le retour à la clinique
 - aimer son activité
 - faire des choses concrètes
 - stimulation intellectuelle
 - avoir de la reconnaissance
 - percevoir utilité
- orientation
 - douter
 - DR
 - autres priorités
 - rémunération
 - attentes modérées
 - gagner sa vie
 - en tant que médecin
 - négocier son salaire
 - équilibre pro-perso
 - vie de famille
 - ne pas travailler soir & WE
 - construire sa vision de SP
 - tester durant l'internat
 - avoir de nombreuses options
 - tâtonner
 - ne pas se projeter dans un exercice rencontré
 - se projeter dans un exercice
 - être influencé par qqn
 - s'orienter vers un domaine
 - attrait domaines
 - difficultés à s'orienter
 - stage comme futur lieu d'exercice
 - organiser ses stages selon orientation
- médecine et SP
 - se présenter
 - en tant que médecin
 - par son parcours/poste
 - MSP

- définition MSP
 - devoir expliquer MSP
 - être soutenu par ses proches
 - se positionner dans la définition
 - construire sa définition
 - santé des populations
 - prévenir-promouvoir santé
 - branches de la SP
- plus-value MSP
 - parmi les médecins
 - ouverture au-delà de médecine/réflexion
 - exercice non exclusif
 - parmi les pros de SP
 - complémentarité
 - faible plus-value
 - faire de l'universitaire
 - "casquette médicale"-compréhension
 - ne pas se questionner sur plus-value
- caractéristiques MSP
 - vision spécifique/recul sur médecine
 - être plus prudent/avoir du recul
 - rechercher la diversité
 - similarités avec d'autres professions
 - profils différents
 - proximité avec le terrain
 - légitimité pour soi (bien faire)
 - légitimité auprès des autres
 - personnes motivées/pas par défaut
 - absence de groupe/réseau constitué
 - agir à une temporalité différente
- rôle MSP
 - être à l'interface
 - organisation-transformation
 - conseiller médical
 - management
 - soutien aux pro de terrain-facilitateur
- vocabulaire
 - recherche
 - promotion de la santé
 - administratif
- médecin
 - en tant que MSP
 - garder un lien avec la clinique
 - avoir des proches cliniciens
 - refaire de la clinique
 - légitimité auprès des autres
 - nécessité de se reformer
 - passer par un stage clinique
 - ne pas être clinicien
 - se sentir médecin
 - avoir des connaissances-compétences médicales
 - attachement à la santé
 - image négative renvoyée
 - ne pas se sentir médecin/légitime
 - caractéristiques médecin
 - connaissances
 - comprendre dossier patient/jargon médical
 - échanger facilement entre médecins
 - centré sur médecine
 - avoir l'impression de tout connaître
 - statut
 - être thésé
 - être sollicité pour ses connaissances
 - reconnaissance/assise
 - parcours/expérience
 - fonctionnement à la journée
 - travail/expérience de l'exercice médical/hôpital
 - être passé par études de médecine
 - soigner
 - manuel/chirurgie
 - voir des patients-examen clinique
 - prescrire
 - réanimer

Annexe 3. Caractéristiques des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant choisi la santé publique à l'issue des ECN, selon la promotion ECN

	Promotion ECN des internes					Ensemble des internes, N = 229 n (%)	p*
	2004-2007, N = 58 n (%)	2008-2010, N = 43 n (%)	2011-2013, N = 48 n (%)	2014-2016, N = 50 n (%)	2017-2018, N = 30 n (%)		
	Sexe						
Femme	36 (62 %)	21 (49 %)	30 (63 %)	19 (38 %)	14 (47 %)	120 (52 %)	
Homme	22 (38 %)	22 (51 %)	18 (38 %)	31 (62 %)	16 (53 %)	109 (48 %)	
Position dans le classement aux ECN							0,010
1er quintile	6 (10 %)	10 (23 %)	3 (6,3 %)	3 (6,0 %)	4 (13 %)	26 (11 %)	
2e quintile	5 (8,6 %)	10 (23 %)	11 (23 %)	10 (20 %)	10 (33 %)	46 (20 %)	
3e quintile	33 (57 %)	20 (47 %)	20 (42 %)	25 (50 %)	9 (30 %)	107 (47 %)	
4e quintile	14 (24 %)	3 (7,0 %)	14 (29 %)	11 (22 %)	5 (17 %)	47 (21 %)	
5e quintile	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,0 %)	2 (6,7 %)	3 (1,3 %)	
Âge l'année des ECN							0,027
21-23	1 (2,2 %)	3 (9,7 %)	4 (8,3 %)	1 (2,0 %)	0 (0 %)	9 (4,4 %)	
24	5 (11 %)	12 (39 %)	13 (27 %)	16 (32 %)	8 (27 %)	54 (26 %)	
25	23 (51 %)	6 (19 %)	15 (31 %)	14 (28 %)	14 (47 %)	72 (35 %)	
26	6 (13 %)	5 (16 %)	10 (21 %)	9 (18 %)	4 (13 %)	34 (17 %)	
27-29	4 (8,9 %)	3 (9,7 %)	5 (10 %)	10 (20 %)	3 (10 %)	25 (12 %)	
30-37	6 (13 %)	2 (6,5 %)	1 (2,1 %)	0 (0 %)	1 (3,3 %)	10 (4,9 %)	
<i>Données manquantes</i>	13	12	0	0	0	25	
Voie de sortie de l'internat							0,2
A repassé les ECN	1 (1,7 %)	1 (2,3 %)	0 (0 %)	1 (2,0 %)	1 (3,3 %)	4 (1,7 %)	
Abandon	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (3,3 %)	1 (0,4 %)	
Droit au remords sortant	9 (16 %)	8 (19 %)	9 (19 %)	3 (6,0 %)	7 (23 %)	36 (16 %)	
Internat de santé publique terminé	48 (83 %)	34 (79 %)	39 (81 %)	46 (92 %)	21 (70 %)	188 (82 %)	

*Tests exacts de Fisher

Annexe 4. Caractéristiques des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant réalisé un droit au remords vers la santé publique, selon la promotion ECN

	Promotion ECN des internes					Ensemble des internes, N = 43 n (%)	p*
	2004-2007, N = 13 n (%)	2008-2010, N = 7 n (%)	2011-2013, N = 8 n (%)	2014-2016, N = 11 n (%)	2017-2018, N = 4 n (%)		
Sexe							0,7
Femme	10 (77 %)	5 (71 %)	6 (75 %)	6 (55 %)	2 (50 %)	29 (67 %)	
Homme	3 (23 %)	2 (29 %)	2 (25 %)	5 (45 %)	2 (50 %)	14 (33 %)	
Position dans le classement aux ECN							0,6
1er quintile	4 (31 %)	4 (57 %)	4 (50 %)	2 (18 %)	2 (50 %)	16 (37 %)	
2e quintile	5 (38 %)	2 (29 %)	0 (0 %)	2 (18 %)	1 (25 %)	10 (23 %)	
3e quintile	2 (15 %)	0 (0 %)	3 (38 %)	3 (27 %)	0 (0 %)	8 (19 %)	
4e quintile	2 (15 %)	1 (14 %)	1 (13 %)	3 (27 %)	1 (25 %)	8 (19 %)	
5e quintile	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (9,1 %)	0 (0 %)	1 (2,3 %)	
Âge l'année des ECN							0,2
21-23	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (13 %)	1 (9,1 %)	0 (0 %)	2 (5,0 %)	
24	1 (9,1 %)	4 (67 %)	3 (38 %)	1 (9,1 %)	1 (25 %)	10 (25 %)	
25	7 (64 %)	1 (17 %)	3 (38 %)	8 (73 %)	2 (50 %)	21 (53 %)	
26	1 (9,1 %)	0 (0 %)	1 (13 %)	1 (9,1 %)	0 (0 %)	3 (7,5 %)	
27-29	1 (9,1 %)	1 (17 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	3 (7,5 %)	
30-37	1 (9,1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,5 %)	
<i>Données manquantes</i>	2	1	0	0	0	3	
Spécialité choisie à l'issue des ECN (avant le droit au remords)							0,11
Anatomopathologie	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (13 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,3 %)	
Anesthésie-réanimation	0 (0 %)	2 (29 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	3 (7,0 %)	
Biologie médicale	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (13 %)	1 (9,1 %)	0 (0 %)	2 (4,7 %)	
Chirurgie	2 (15 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (9,1 %)	0 (0 %)	3 (7,0 %)	
Dermatologie	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (9,1 %)	0 (0 %)	1 (2,3 %)	
Gynécologie obstétrique	0 (0 %)	1 (14 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,3 %)	
Hématologie	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (13 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,3 %)	
Médecine générale	7 (54 %)	3 (43 %)	3 (38 %)	3 (27 %)	1 (25 %)	17 (40 %)	
Médecine interne	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (13 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	2 (4,7 %)	
Ophthalmologie	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (13 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,3 %)	
Pédiatrie	2 (15 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (9,1 %)	1 (25 %)	4 (9,3 %)	
Psychiatrie	1 (7,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (36 %)	0 (0 %)	5 (12 %)	
Spécialités médicales	1 (7,7 %)	1 (14 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (4,7 %)	
Nombre de stages validés à l'entrée en santé publique							0,8
0	1 (7,7 %)	1 (14 %)	1 (13 %)	4 (36 %)	1 (25 %)	8 (19 %)	
1	4 (31 %)	2 (29 %)	2 (25 %)	3 (27 %)	0 (0 %)	11 (26 %)	
2	5 (38 %)	3 (43 %)	4 (50 %)	1 (9,1 %)	2 (50 %)	15 (35 %)	
3	1 (7,7 %)	1 (14 %)	0 (0 %)	2 (18 %)	0 (0 %)	4 (9,3 %)	
4	2 (15 %)	0 (0 %)	1 (13 %)	1 (9,1 %)	1 (25 %)	5 (12 %)	
Voie de sortie de l'internat							0,066
Abandon	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (13 %)	3 (27 %)	0 (0 %)	4 (9,3 %)	
Droit au remords sortant	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	1 (2,3 %)	
Internat terminé	13 (100 %)	7 (100 %)	7 (88 %)	8 (73 %)	3 (75 %)	38 (88 %)	

*Tests exacts de Fisher

Annexe 5. Caractéristiques des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant arrêté l'internat de santé publique avant sa fin, selon la promotion ECN

	Promotion ECN des internes					Ensemble des internes, N = 46 n (%)	p*
	2004-2007, N = 10 n (%)	2008-2010, N = 9 n (%)	2011-2013, N = 10 n (%)	2014-2016, N = 7 n (%)	2017-2018, N = 10 n (%)		
	Sexe						
Femme	5 (50 %)	4 (44 %)	6 (60 %)	1 (14 %)	4 (40 %)	20 (43 %)	
Homme	5 (50 %)	5 (56 %)	4 (40 %)	6 (86 %)	6 (60 %)	26 (57 %)	
Position dans le classement aux ECN							0,2
1er quintile	1 (10 %)	3 (33 %)	1 (10 %)	1 (14 %)	4 (40 %)	10 (22 %)	
2e quintile	3 (30 %)	2 (22 %)	3 (30 %)	1 (14 %)	4 (40 %)	13 (28 %)	
3e quintile	3 (30 %)	4 (44 %)	3 (30 %)	1 (14 %)	1 (10 %)	12 (26 %)	
4e quintile	3 (30 %)	0 (0 %)	3 (30 %)	4 (57 %)	0 (0 %)	10 (22 %)	
5e quintile	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (10 %)	1 (2,2 %)	
Âge l'année des ECN							>0,9
21-23	0 (0 %)	1 (14 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,4 %)	
24	1 (13 %)	2 (29 %)	2 (20 %)	1 (14 %)	3 (30 %)	9 (21 %)	
25	4 (50 %)	3 (43 %)	5 (50 %)	4 (57 %)	4 (40 %)	20 (48 %)	
26	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (20 %)	1 (14 %)	1 (10 %)	4 (9,5 %)	
27-29	1 (13 %)	1 (14 %)	0 (0 %)	1 (14 %)	2 (20 %)	5 (12 %)	
30-37	2 (25 %)	0 (0 %)	1 (10 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (7,1 %)	
Données manquantes	2	2	0	0	0	4	
Voie de sortie de l'internat							0,15
A repassé les ECN	1 (10 %)	1 (11 %)	0 (0 %)	1 (14 %)	1 (10 %)	4 (8,7 %)	
Abandon	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (10 %)	3 (43 %)	1 (10 %)	5 (11 %)	
Droit au remords sortant	9 (90 %)	8 (89 %)	9 (90 %)	3 (43 %)	8 (80 %)	37 (80 %)	
Spécialité de sortie (pour les internes ayant repassé les ECN ou réalisant un droit au remords)							0,13
Anesthésie-réanimation	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (11 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,4 %)	
Chirurgie	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (11 %)	1 (25 %)	0 (0 %)	2 (4,9 %)	
Gériatrie	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (11 %)	1 (2,4 %)	
Gynécologie obstétrique	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (11 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,4 %)	
Médecine d'urgence	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (11 %)	1 (2,4 %)	
Médecine du travail	2 (20 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (4,9 %)	
Médecine générale	3 (30 %)	4 (44 %)	2 (22 %)	3 (75 %)	1 (11 %)	13 (32 %)	
Médecine interne	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (11 %)	1 (2,4 %)	
Médecine vasculaire	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (11 %)	1 (2,4 %)	
Ophthalmologie	0 (0 %)	1 (11 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,4 %)	
Pédiatrie	0 (0 %)	1 (11 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (33 %)	4 (9,8 %)	
Psychiatrie	4 (40 %)	2 (22 %)	4 (44 %)	0 (0 %)	1 (11 %)	11 (27 %)	
Radiologie	1 (10 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,4 %)	
Spécialités médicales	0 (0 %)	1 (11 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,4 %)	
Nombre de stages validés durant l'internat de santé publique							0,2
1	2 (20 %)	0 (0 %)	1 (10 %)	2 (29 %)	1 (10 %)	6 (13 %)	
2	3 (30 %)	7 (78 %)	1 (10 %)	1 (14 %)	4 (40 %)	16 (35 %)	
3	1 (10 %)	2 (22 %)	2 (20 %)	1 (14 %)	2 (20 %)	8 (17 %)	
4	4 (40 %)	0 (0 %)	5 (50 %)	2 (29 %)	3 (30 %)	14 (30 %)	
5	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (14 %)	0 (0 %)	1 (2,2 %)	
6	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (10 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (2,2 %)	

*Tests exacts de Fisher

Annexe 6. Caractéristiques des parcours de stages des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant suivi un internat de santé publique complet*, selon la diversité du parcours

Variables continues : moyennes et écarts-types, variables catégorielles : effectif et pourcentage

	Diversité des stages réalisés selon le nombre de pôles et de types de structures différents explorés									p**
	1-2 pôles			3 pôles			4-5 pôles			
	1-2 structures, N = 13	3 structures, N = 20	4-6 structures, N = 19	1-2 structures, N = 13	3 structures, N = 24	4-6 structures, N = 33	1-2 structures, N = 7	3 structures, N = 28	4-6 structures, N = 36	
Sexe										0,030
Femme	5 (38 %)	11 (55 %)	11 (58 %)	9 (69 %)	7 (29 %)	18 (55 %)	6 (86 %)	13 (46 %)	26 (72 %)	
Homme	8 (62 %)	9 (45 %)	8 (42 %)	4 (31 %)	17 (71 %)	15 (45 %)	1 (14 %)	15 (54 %)	10 (28 %)	
Année de passage des ECN										0,4
2004-2007	3 (23 %)	4 (20 %)	9 (47 %)	2 (15 %)	6 (25 %)	11 (33 %)	2 (29 %)	3 (11 %)	9 (25 %)	
2008-2010	3 (23 %)	4 (20 %)	2 (11 %)	4 (31 %)	6 (25 %)	4 (12 %)	0 (0 %)	4 (14 %)	8 (22 %)	
2011-2013	2 (15 %)	6 (30 %)	1 (5,3 %)	1 (7,7 %)	4 (17 %)	7 (21 %)	2 (29 %)	8 (29 %)	9 (25 %)	
2014-2016	3 (23 %)	4 (20 %)	6 (32 %)	6 (46 %)	7 (29 %)	9 (27 %)	1 (14 %)	7 (25 %)	5 (14 %)	
2017-2018	2 (15 %)	2 (10 %)	1 (5,3 %)	0 (0 %)	1 (4,2 %)	2 (6,1 %)	2 (29 %)	6 (21 %)	5 (14 %)	
Orientation principale du parcours										<0,001
Administration de la santé	0 (0 %)	1 (5,0 %)	0 (0 %)	3 (23 %)	2 (8,3 %)	9 (27 %)	2 (29 %)	3 (11 %)	8 (22 %)	
Epidémiologie-recherche clinique	9 (69 %)	16 (80 %)	19 (100 %)	2 (15 %)	13 (54 %)	20 (61 %)	2 (29 %)	12 (43 %)	13 (36 %)	
Information-informatique médicale	3 (23 %)	3 (15 %)	0 (0 %)	1 (7,7 %)	3 (13 %)	4 (12 %)	0 (0 %)	2 (7,1 %)	2 (5,6 %)	
Prévention-promotion de la santé	1 (7,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (15 %)	2 (8,3 %)	0 (0 %)	1 (14 %)	4 (14 %)	6 (17 %)	
Sciences humaines et sociales	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (15 %)	2 (8,3 %)	0 (0 %)	1 (14 %)	3 (11 %)	2 (5,6 %)	
Veille et sécurité sanitaire	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (15 %)	2 (8,3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (3,6 %)	1 (2,8 %)	
Multipôle	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (7,7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (14 %)	3 (11 %)	4 (11 %)	

	Diversité des stages réalisés selon le nombre de pôles et de types de structures différents explorés									p**
	1-2 pôles			3 pôles			4-5 pôles			
	1-2 structures, N = 13	3 structures, N = 20	4-6 structures, N = 19	1-2 structures, N = 13	3 structures, N = 24	4-6 structures, N = 33	1-2 structures, N = 7	3 structures, N = 28	4-6 structures, N = 36	
Part des stages réalisés par type de structure										
Administration	5 % (10 %)	17 % (19 %)	22 % (15 %)	31 % (32 %)	31 % (18 %)	27 % (15 %)	47 % (30 %)	33 % (20 %)	33 % (16 %)	<0,001
Association	6 % (22 %)	6 % (11 %)	10 % (13 %)	3 % (10 %)	8 % (11 %)	10 % (12 %)	0 % (0 %)	11 % (16 %)	12 % (11 %)	0,002
Cabinet de conseil	0 % (0 %)	0 % (0 %)	2 % (5 %)	3 % (9 %)	0 % (0 %)	3 % (6 %)	0 % (0 %)	0 % (0 %)	4 % (9 %)	0,011
Etablissement de santé privé	4 % (14 %)	6 % (15 %)	7 % (7 %)	0 % (0 %)	2 % (6 %)	5 % (9 %)	0 % (0 %)	2 % (6 %)	4 % (7 %)	0,024
Etablissement de santé public	38 % (31 %)	34 % (22 %)	32 % (18 %)	45 % (19 %)	37 % (18 %)	24 % (13 %)	46 % (39 %)	33 % (21 %)	26 % (17 %)	0,031
Industrie pharmaceutique	2 % (8 %)	6 % (15 %)	11 % (11 %)	0 % (0 %)	2 % (6 %)	8 % (11 %)	0 % (0 %)	2 % (7 %)	6 % (8 %)	<0,001
Organisme de recherche et de formation	45 % (35 %)	31 % (21 %)	18 % (14 %)	18 % (31 %)	20 % (21 %)	22 % (14 %)	8 % (13 %)	20 % (18 %)	15 % (11 %)	0,007
Part des stages réalisés avec au moins un co-interne de santé publique										
Au sein de la même structure	14 % (18 %)	23 % (23 %)	26 % (17 %)	44 % (31 %)	39 % (22 %)	29 % (17 %)	55 % (13 %)	36 % (21 %)	42 % (18 %)	<0,001
Au sein du même stage	10 % (11 %)	7 % (11 %)	16 % (13 %)	26 % (29 %)	20 % (19 %)	15 % (13 %)	30 % (15 %)	18 % (13 %)	22 % (14 %)	0,004

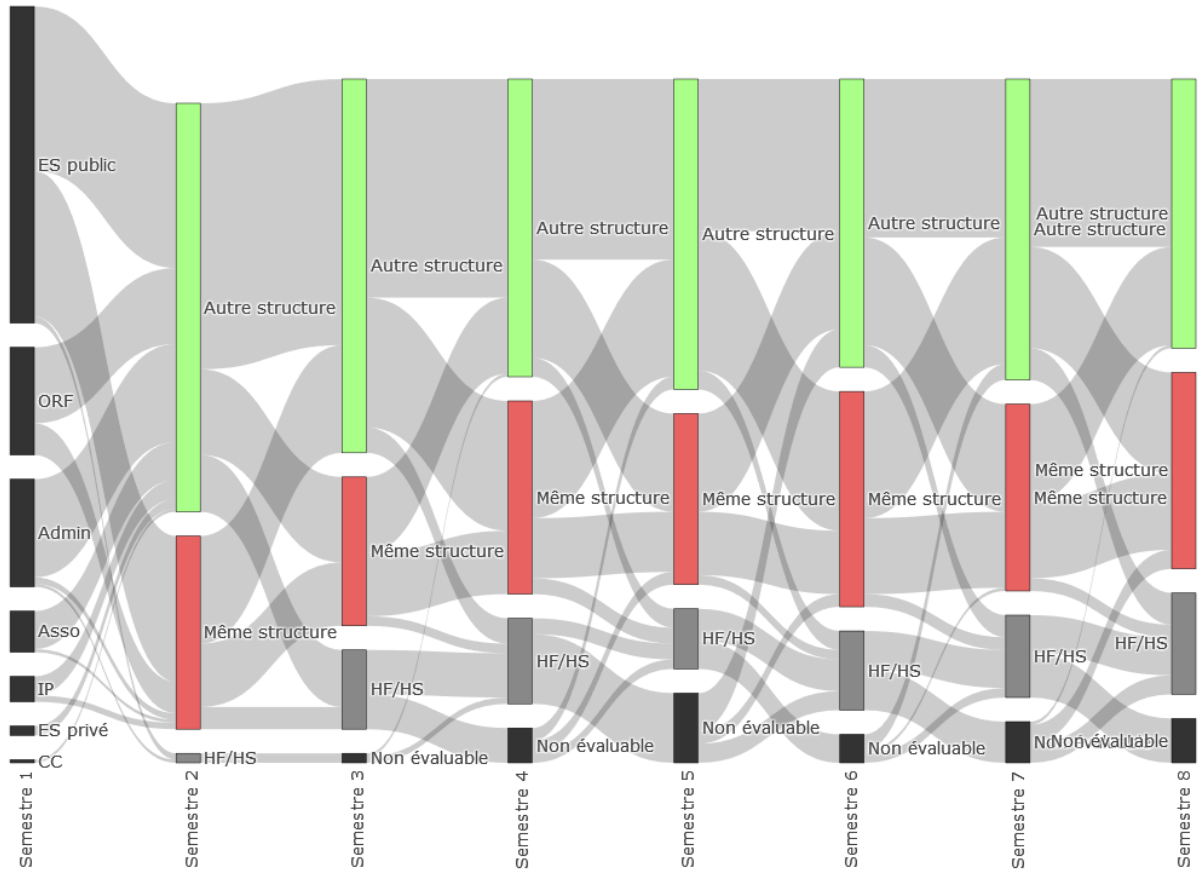
*Internes ayant terminé l'internat de santé publique et ayant choisi cette spécialité à l'issue des ECN ou après un droit au remords, sans semestre validé à l'entrée en santé publique.

**Variables continues : tests de Kruskal-Wallis, variables catégorielles : tests exacts de Fisher

Annexe 7. Parcours des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant réalisé un internat de santé publique complet*, selon le changement ou non du type de structure d'un stage à l'autre

*Internes ayant terminé l'internat de santé publique et ayant choisi cette spécialité à l'issue des ECN ou après un droit au remords, sans semestre validé à l'entrée en santé publique.

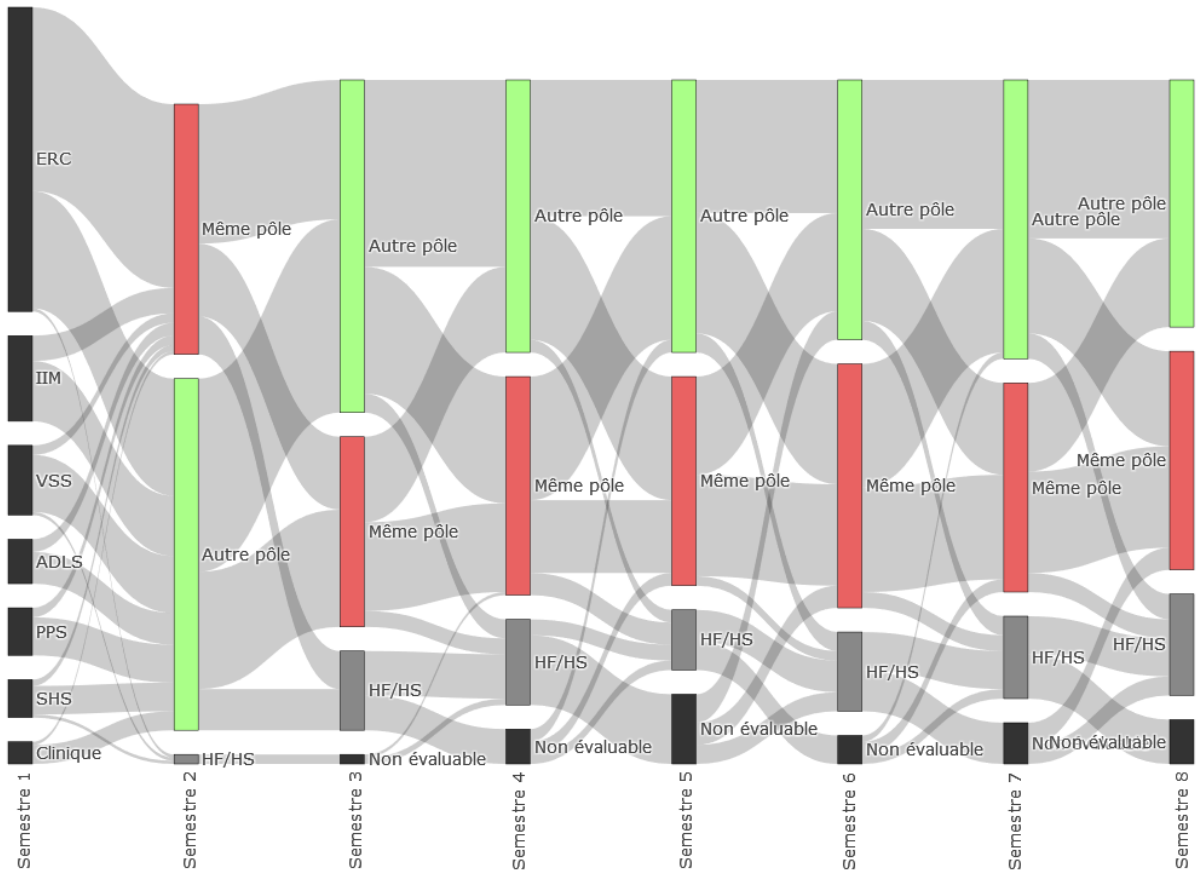
Admin : administration ; Asso : association ; CC : cabinet de conseil ; ES : établissement de santé ; IP : industrie pharmaceutique ; HF/HS : stage hors-filière ou hors-subdivision ; ORF : organisme de recherche et de formation



Annexe 8. Parcours des internes franciliens des promotions 2004 à 2018 ayant réalisé un internat de santé publique complet*, selon le changement ou non du type de pôle d'un stage à l'autre

*Internes ayant terminé l'internat de santé publique et ayant choisi cette spécialité à l'issue des ECN ou après un droit au remords, sans semestre validé à l'entrée en santé publique.

ADLS : administration de la santé ; ERC : épidémiologie-recherche clinique ; IIM : information-informatique médicale ; PPS : prévention-promotion de la santé ; SHS : sciences humaines et sociales ; VSS : veille et sécurité sanitaire ; HF/HS : stage hors-filière ou hors subdivision



Annexe 9. Exemples de fiche d'évaluation de stages d'internat complétées lors des stages en santé publique

ÉVALUATIONS

	Stagiaire	Encadrant(s)
Assiduité/Ponctualité	A	A Engagement total
Hygiène/Propreté		A
Connaissances théoriques/Capacité à mobiliser ses connaissances théoriques	B	B Très bonne progression sur les sujets nouveaux
Présentation de dossier/Présentation orale en réunion de service	A	A
Relation avec le patient		Hors sujet
Intégration dans l'équipe de soins	A	A Équipe de suivi des missions
Raisonnement diagnostique		Hors sujet mais bon raisonnement santé publique
Raisonnement thérapeutique		Hors sujet
Gestion de l'urgence		Hors sujet
Maîtrise des gestes techniques		Hors sujet
Progression au cours du stage	A	A Progression nette

Partie à compléter par LE CANDIDAT	Partie à compléter par LE RESPONSABLE DU SERVICE
<p>REUNIONS D'ENSEIGNEMENT et PRESENTATION DES DOSSIERS (2)</p> <p>Participation aux réunions et séminaires organisés par le [] (environ 1 par mois)</p> <p>Participation à l'organisation d'un séminaire (thématique: Evaluation d'impact e Santé)</p>	<p>REUNIONS D'ENSEIGNEMENT et PRESENTATION DES DOSSIERS (6)</p> <p>Grâce à sa qualité humaine et à sa connaissance variées de la santé publique, [] a apporté un précieux concours aux réunions [] sur des sujets</p>
<p>BIBLIOGRAPHIE (3)</p> <p>Bibliographie autour de l'approche patient-centrée et de la désobésité en santé</p> <p>Rédaction de notes + fiches synthétiques</p>	<p>BIBLIOGRAPHIE (7)</p> <p>[] a fait la lecture de nombreux ouvrages en particulier sur l'approche patient/population centrée, la place de la de bioéthique en santé, ainsi que sur les méthodes et techniques à mobiliser.</p>
<p>INTERVENTIONS et ACTES TECHNIQUES (4)</p> <p>Réalisation d'auditions sur la thématique de la démocratie e santé (associations de patients notamment)</p>	<p>INTERVENTIONS et ACTES TECHNIQUES (8)</p> <p>La capacité à mobiliser son expertise et son savoir faire lui permettent d'être force de proposition et de proposer des approches innovantes. Sa capacités relationnelles</p>
<p>GARDES-CONSULTATIONS SPECIALISEES (5)</p> <p>NA</p>	<p>GARDES-CONSULTATIONS SPECIALISEES (9)</p> <p>[] est un atout grâce la poursuite de ses activités.</p>

Annexe 10. Table des matières détaillée

Remerciements.....	2
Table des Figures.....	7
Table des Tableaux	8
Liste des annexes	9
Liste des sigles et acronymes.....	10
Introduction	12
I. Les médecins de santé publique aujourd’hui.....	13
I.1. Des effectifs difficiles à estimer.....	13
I.2. Différentes voies de formation.....	14
I.3. Le DES de santé publique.....	16
I.4. Le besoin de se rassembler : les associations d’internes et médecins de santé publique	20
I.5. Quel devenir pour les internes de santé publique ?	22
II. Les médecins et la santé publique	23
II.1. Rappel sur les études de médecine	23
II.2. Le modèle du médecin : un modèle centré sur la clinique.....	24
II.3. La santé publique a-t-elle une place dans les études médicales ?	25
II.4. Un exercice plus répandu qu’il n’y paraît	27
II.5. Une image négative au sein du milieu médical	28
II.5.1. Hiérarchies des spécialités	29
II.5.2. La santé publique, une « sous-spécialité » ?.....	30
III. Les difficultés rencontrées par les médecins de santé publique	31
III.1. Plus des cliniciens, toujours des médecins ?.....	31
III.2. Une « balkanisation » de la santé publique	32
III.3. Une formation théorique et pratique parcellaire	33
III.4. Une identité difficile à construire	35
Problématique	36
I. Rappel des principaux constats	36
II. Problématique	37
Méthode	38
I. Cadrage de la thèse.....	38
I.1. Groupe professionnel étudié : les médecins de santé publique formés via l’internat....	38
I.2. De la question de l’identité à la notion de socialisation.....	38

I.3. Questions et hypothèses initiales	40
II. Le choix d'une approche mixte.....	42
II.1. Approche exploratoire : une démarche nourrie par mon vécu personnel de l'internat .	42
II.2. L'objectivation des parcours de formation pratique des internes de santé publique d'Île-de-France	44
II.2.1. Design de l'étude quantitative	44
II.2.2. Analyses	46
II.2.3. Protection des données	47
II.3. L'étude des processus de socialisation des internes de santé publique.....	48
II.3.1. Les entretiens	48
Echantillonnage	48
Déroulement.....	49
Guide d'entretien	51
Entretiens réalisés.....	51
II.3.2. Les matériaux complémentaires	53
II.3.3. Analyses qualitatives	53
Volet I : Parcours de formation des internes de santé publique franciliens	58
I. Caractéristiques des internes	58
II. Parcours durant l'internat de santé publique	61
II.1. Terrains de stage	61
II.2. Parcours des internes ayant terminé un internat de santé publique.....	63
III. Discussion	72
III.1. Synthèse des résultats	72
III.2. Forces et limites	73
III.3. Mise en perspective avec la littérature	75
III.3.1. Des internes un peu plus âgés au moment du choix de la spécialité	75
III.3.2. D'importants flux entrant et sortant au cours de l'internat de santé publique	76
III.3.3. Une diversité croissante des terrains de stage en Île-de-France.....	77
III.3.4. Des parcours variés mais orientés principalement vers certains domaines	78
Volet II : Processus de socialisation des internes de santé publique	82
I. Des moutons noirs en médecine ? Des premiers décalages jusqu'au choix de la santé publique.....	84
I.1. Médecine, un choix sous de multiples influences.....	84
I.1.1. Les déterminants connus du choix de « faire médecine ».....	84

I.1.2. Des motivations principalement « humaines » et « scientifiques », cohérentes avec les déterminants documentés.....	85
I.1.3. Une influence familiale favorisant la reproduction des positions sociales.....	86
I.1.4. La valorisation d'une ouverture culturelle et intellectuelle.....	87
I.2. Faire face au désenchantement : s'ajuster ou s'en aller ?	89
I.2.1. Apprendre à être étudiant en médecine.....	89
I.2.2. Des tensions inhérentes aux études de médecine	91
I.2.3. Une approche perçue comme cloisonnée et peu propice à la réflexion.....	92
I.2.4. Un environnement vécu comme inhospitalier.....	94
I.2.5. Des responsabilités ressenties comme pesantes	96
I.2.6. Un décalage trop important pour continuer ?.....	97
I.3. Choisir la santé publique : la suite logique d'un parcours qui prend ses distances avec la médecine.....	100
I.3.1. Choisir une spécialité : un arbitrage à la rencontre de nombreux déterminants ...	100
I.3.2. La recherche d'une « issue de secours »	101
I.3.3. S'informer sur une spécialité méconnue	102
I.3.4. Santé publique : « quand j'ai su que ça existait, tout le reste avait l'air beaucoup moins intéressant ».....	104
I.3.5. Un choix déviant ?	106
I.3.6. Justifier et affirmer son choix	107
I.4. Conclusion.....	112
II. Interne de santé publique : une socialisation « hors » de la médecine ?	114
II.1. « Débarquer » en santé publique	114
II.1.1. La découverte de nouveaux mondes... ..	114
II.1.2. ... facilitée par différents éléments... ..	116
II.1.3. ... et plus ou moins bien vécue	118
II.2. Se socialiser à des savoirs et des pratiques différentes.....	121
II.2.1. De nouvelles activités.....	121
Des activités difficiles à caractériser	121
Un faisceau de tâches variable et protéiforme	124
Réflexion et créativité, le « vrai boulot » des internes de santé publique ?.....	126
II.2.2. De nouvelles compétences.....	129
Des compétences diverses et partagées	129
Un apprentissage pas à pas et sur le tas	132
Une formation théorique secondaire.....	133

II.2.3. S'adapter à une nouvelle temporalité et une nouvelle organisation de travail	136
Une temporalité de travail à repenser	137
Un rythme quotidien différent	139
Trouver ses repères dans un cadre de travail moins clairement délimité	140
II.3. Construire son parcours : du choix de stages au choix d'une orientation	142
II.3.1. Choisir ses stages : un arbitrage qui se rejoue à chaque semestre	142
Choix contraints ? Des arbitrages au sein d'un cadre faible mais présent.....	143
Des choix orientés par de multiples facteurs	146
II.3.2. Trouver son orientation : injonction ou nécessité ?	148
Différentes stratégies	148
Une orientation loin d'être évidente.....	149
II.4. Une nouvelle place à trouver en étant accompagné	154
II.4.1. Se saisir des libertés offertes	154
Une autonomie responsabilisante	154
De la curiosité à la proactivité	156
II.4.2. Une socialisation par compagnonnage, mais pas que...	159
Un encadrement formalisé, qui guide les internes	160
Les échanges informels, une ressource pour mieux comprendre l'écosystème de la santé publique	162
Un compagnonnage marqué par certaines rencontres.....	163
II.4.3. Créer du lien avec ses pairs malgré l'isolement	166
Des moments d'échange limités mais recherchés	166
Une construction en tant que professionnel appuyée par le collectif	168
Réussir (ou non) à sortir de l'isolement.....	170
II.5. Socialisation des internes de santé publique : un exemple de construction progressive d'un parcours et d'une juridiction professionnelle.....	175
II.6. Conclusion	179
III. De la socialisation commune à l'identité collective : une conversion du regard sur sa propre place qui reste néanmoins inachevée	180
III.1. De <i>médecin</i> à <i>médecin de santé publique</i> : du colloque singulier à l'interface entre des mondes variés.....	180
III.1.1. Une expérience constructrice commune et une reconnaissance forte de la profession médicale	180
Des connaissances et un vécu partagés	180
Une vision spécifique	181

Un rôle auprès du patient et un statut reconnu, mis en avant par les enquêtés	182
Des caractéristiques correspondant aux attributs de la profession médicale.....	183
III.1.2. Médecin de santé publique : des propriétés partagées avec la profession médicale ?.....	184
Se reconnaître dans certaines caractéristiques des médecins... ..	184
... et en développer de nouvelles.....	185
L'exemple des pratiques prudentielles : une appropriation différenciée entre clinique et santé publique ?.....	186
III.1.3. Quel positionnement pour les médecins de santé publique ?.....	187
Un rôle d'interface entre différents mondes.....	187
Un positionnement particulier lié à la temporalité et la portée des actions	189
III.2. Une position professionnelle dans les marges, vécue comme déstabilisante	190
III.2.1. Les difficultés à construire sa place durant l'internat	191
Une activité pas toujours épanouissante.....	191
Un accompagnement qui fait parfois défaut	193
Des difficultés persistantes pouvant aboutir à une socialisation ratée	193
III.2.2. « Défendre » son futur métier et son identité	194
Se présenter, un exercice délicat.....	195
Construire une définition du médecin de santé publique	195
Une identité marginale incertaine	198
III.2.3. Faire le deuil de l'identité de médecin ?.....	200
Des questionnements internes... ..	201
... accentués par les regards extérieurs	202
Une déprofessionnalisation partielle ?	203
III.3. Réajuster sa vision sur sa place et son identité.....	205
III.3.1. La voie de la clinique	206
III.3.2. S'affirmer en tant que médecin de santé publique : la transformation d'une vision sur sa place et sur le système ?	208
S'épanouir dans son travail.....	208
Une nouvelle vision de la santé et de son propre rôle professionnel.....	210
III.3.3. Une conversion du regard sur sa place plus ou moins appuyée par les différentes socialisations	213
Une construction partiellement collective.....	213
Une transformation facilitée par certaines dispositions	214
Une conversion du regard pas toujours achevée à la fin de l'internat	216

III.4. Deux cheminements contrastés d'internes de santé publique	217
III.4.1. Vivre son internat de santé publique : exemple d'un parcours incertain.....	218
III.4.2. Cheminer entre clinique et santé publique : une identité difficile à construire et unifier.....	222
III.5. Conclusion	227
Discussion	230
I. Discussion générale	230
I.1. Ce que nous apprend l'étude des parcours et des processus de socialisation des internes de santé publique.....	230
I.2. Un internat où il faut faire sa place.....	232
I.2.1. Apprendre à se refaire une place	232
I.2.2. Une place qui reste instable.....	234
I.2.3. Un constat partagé chez d'autres professionnels	235
I.3. Des enjeux partagés au-delà des frontières.....	236
I.3.1. Une spécialité généralement vue comme peu prestigieuse	236
I.3.2. Des enjeux d'identités communs	237
I.3.3. Des voies de clarification dessinées par certains pays	239
II. Perspectives	239
II.1. Pour la formation : des considérations à intégrer	239
II.1.1. Avant l'internat : donner à voir la santé publique	240
II.1.2. Pendant l'internat : renforcer l'accompagnement	241
II.1.3. Après l'internat : rassembler les médecins de santé publique ?.....	242
II.2. Pour la recherche : des travaux à poursuivre.....	242
Bibliographie	244
Annexes	258

Liste des Professeures et Professeurs des Universités

Nom	Prénom	Corps	Site	CNU	Discipline
ACAR	Christophe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-03	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
AIT OUFELLA	Hafid	PU-PH	Saint-Antoine	48-02	Médecine intensive-réanimation
ALAMOWITCH	Sonia	PU-PH	Saint-Antoine	49-01	Neurologie
ALLENBACH	Yves	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
AMARENCO	Gérard	PU-PH	Tenon	49-05	Médecine Physique et Réadaptation
AMOURA	Zahir	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
AMSELEM	Serge	PU-PH	Trousseau	47-04	Génétique
ANDRE	Thierry	PU-PH	Saint-Antoine	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
ANDREELLI	Fabrizio	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-04	Endocrinologie , Diabétologie
APARTIS	Emmanuelle	PU-PH	Saint-Antoine	44-02	Physiologie
ARNULF	Isabelle	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
ARON WISNEWSKY	Judith	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-04	Nutrition
ARRIVE	Lionel	PU-PH	Saint-Antoine	43-02	Radiologie et imagerie médicale
ASSOUAD	Jalal	PU-PH	Tenon	51-03	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
ASTAGNEAU	Pascal	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	46-01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ATLAN	Michaël	PU-PH	Tenon	50-04	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
AUBART COHEN	Fleur	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
AUBRY	Alexandra	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
AUDO	Isabelle	PU-PH	15/20	55-02	Ophthalmologie
AUDRY	Georges	PU-PH	Trousseau	54-02	Chirurgie infantile
BACHELOT	Anne	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-04	Endocrinologie
BACHET	Jean Baptiste	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
BAGNIS	Corinne	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-03	Néphrologie
BALLADUR	Pierre	PU-PH	Saint-Antoine	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
BARBAUD	Annick	PU-PH	Tenon	50-03	Dermatologie
BAUJAT	Bertrand	PU-PH	Tenon	55-01	ORL
BAYEN	Eléonore	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-05	Médecine Physique et Réadaptation
BAZOT	Marc	PU-PH	Tenon	43-02	Radiologie et imagerie médicale
BEAUGERIE	Laurent	PU-PH	Saint-Antoine	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
BELMIN	Joël	PU-PH	CharlesFoix	53-01	Médecine interne . Gériatrie
BENVENISTE	Olivier	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
BERENBAUM	Francis	PU-PH	Saint-Antoine	50-01	Rhumatologie
BERTOLUS	Chloé	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	55-03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BIELLE	Franck	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	42-03	Anatomie pathologique

BLONDIAUX	Eléonore	PU-PH	Trousseau	43-02	Radiologie et imagerie médicale
BOCCARA	Franck	PU-PH	Saint-Antoine	51-02	Cardiologie
BODAGHI	Bahram	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	55-02	Ophthalmologie
BODDAERT	Jacques	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
BODINI	Benedetta	PU-PH	Saint-Antoine	49-01	Neurologie
BOELLE	Pierre Yves	PU-PH	Saint-Antoine	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
BOFFA	J-Jacques	PU-PH	Tenon	52-03	Néphrologie
BONNET	Marie-Pierre	PU-PH	Trousseau	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
BORDERIE	Vincent	PU-PH	15/20	55-02	Ophthalmologie
BOUHERAOUA	Nacim	PU-PH	15/20	55-02	Ophthalmologie
BOURRON	Olivier	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-04	Endocrinologie
BRICE	Alexis	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-04	Génétique
BROCHERIOU	Isabelle	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	42-03	Anatomie pathologique
BRUNETEAU	Gaëlle	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
BUOB	David	PU-PH	Tenon	42-03	Anatomie pathologique
CACOUB	Patrice	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
CADRANEL	Jacques	PU-PH	Tenon	51-01	Pneumologie
CALVEZ	Vincent	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
CAMUS DUBOC	Marine	PU-PH	Saint-Antoine	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
CANLORBE	Geoffroy	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
CARBAJAL	Diomedes	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
CARPENTIER	Alexandre	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-02	Neurochirurgie
CARRAT	Fabrice	PU-PH	Saint-Antoine	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
CARRIE	Alain	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-01	Biochimie et biologie moléculaire
CATALA	Martin	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	42-02	Histologie embryo et cytogénétique
CAUMES	Eric	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	45-03	Maladies infectieuses
CHABBERT BUFFET	Nathalie	PU-PH	Tenon	54-04	Endocrinologie
CHARRON	Philippe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-04	Génétique
CHARTIER KASTLER	Emmanuel	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-04	Urologie
CHAZOULLERES	Olivier	PU-PH	Saint-Antoine	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
CHICHE	Laurent	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-04	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
CHRISTIN-MAITRE	Sophie	PU-PH	Saint-Antoine	54-04	Endocrinologie
CLARENCON	Frédéric	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
CLEMENT LAUSCH	Karine	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-04	Nutrition
CLUZEL	Philippe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale

COCHENNEC-PALIW	Frédéric	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-04	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
COHEN	Laurent	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
COHEN	David	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-04	Pédo psychiatrie
COHEN	Aron	PU-PH	Saint-Antoine	51-02	Cardiologie
COMBES	Alain	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-02	Médecine intensive-réanimation
CONSTANT	Isabelle	PU-PH	Trousseau	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
CONSTANTIN	Jean-Michel	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
CONTI-MOLLO	Filomena	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-03	Biologie cellulaire
COPPO	Paul	PU-PH	Saint-Antoine	47-01	Hématologie clinique
CORDIER	Anne-Gaël	PU-PH	Tenon	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
CORVOL	Jean Christophe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
CORVOL	Henriette	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
COULET	Florence	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-04	Génétique
COULOMB	Aurore	PU-PH	Trousseau	42-03	Anatomie pathologique
DARAI	Emile	PU-PH	Tenon	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DAVI	Frédéric	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-01	Hématologie biologique
DECHARTRES	Agnès	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	46-01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DEGOS	Vincent	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
DELHOMMEAU	François	PU-PH	Saint-Antoine	47-01	Hématologie biologique
DEMOULE	Alexandre	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-02	Médecine intensive-réanimation
DOMMERMES	Marc	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DORMONT	Didier	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
DRAY	Xavier	PU-PH	Saint-Antoine	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
DRES	Martin	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-02	Médecine intensive-réanimation
DUBERN	Béatrice	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
DUCOU LE POINTE	Hubert	PU-PH	Trousseau	43-02	Radiologie et imagerie médicale
DUGUET	Alexandre	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-01	Pneumologie
DUPONT DUFRESNE	Sophie	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	42-01	Anatomie / SSR
DURR	Alexandra	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-04	Génétique
DUSSAULE	Jean-Claude	PU-PH	Saint-Antoine	44-02	Physiologie
DUVAL	Alex	PU-PH	Saint-Antoine	44-01	Biochimie et biologie moléculaire
EL KAROUI	Khalil	PU-PH	Tenon	52-03	Néphrologie
FAIN	Olivier	PU-PH	Saint-Antoine	53-01	Médecine interne . Gériatrie
FARTOUKH	Muriel	PU-PH	Tenon	48-02	Médecine intensive-réanimation / Pneumologie
FAUTREL	Bruno	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	50-01	Rhumatologie

FERRERI	Florian	PU-PH	Saint-Antoine	49-03	Psychiatrie adultes
FEVE	Bruno	PU-PH	Saint-Antoine	54-04	Endocrinologie
FITOUSSI	Frank	PU-PH	Trousseau	54-02	Chirurgie infantile
FLAMAND ROZE	Emmanuel	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
FOIX L'HELIAS	Laurence	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
FONTAINE	Bertrand	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
FOSSATI	Philippe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-03	Psychiatrie adultes
FRANCOIS-PRADIER	Hélène	PU-PH	Tenon	52-03	Néphrologie
FRERE	Corinne	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-01	Hématologie biologique
FREUND	Yonathan	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-05	Médecine d'urgence
GALANAUD	Damien	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
GALICHON	Pierre	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-03	Néphrologie
GANDJBAKHCH	Estelle	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
GAUJOUX	Christophe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
GEORGIN-LAVIALLE	Sophie	PU-PH	Tenon	53-01	Médecine interne . Gériatrie
GIRERD	Xavier	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-04	Thérapeutique / Endocrino
GLIGOROV	Joseph	PU-PH	Tenon	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
GONZALEZ	Jésus	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-01	Pneumologie
GOROCHOV	Guy	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-03	Immunologie
GOSSEC	Laure	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	50-01	Rhumatologie
GRABLI	David	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
GRIMPREL	Emmanuel	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
GUIDET	Bertrand	PU-PH	Saint-Antoine	48-02	Médecine intensive-réanimation
HAJAGE	Damien	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
HAMMOUDI	Nadjib	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
HAROCHE	Julien	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
HARTEMANN	Agnès	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-04	Endocrinologie , Diabétologie
HATEM	Stéphane	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-02	Physiologie / Cardio
HAUSFATER	Pierre	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-05	Médecine d'urgence
HAYMANN	Jean Philippe	PU-PH	Tenon	44-02	Physiologie
HELFT	Gérard	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
HENNEQUIN	Christophe	PU-PH	Saint-Antoine	45-02	Parasitologie
HERITIER	Sébastien	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
HOANG XUAN	Khê	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
HUGUET	Florence	PU-PH	Tenon	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie

IDBAIH	Ahmed	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
IRTAN	Sabine	PU-PH	Trousseau	54-02	Chirurgie infantile
ISNARD	Richard	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
JOUANNIC	Jean Marie	PU-PH	Trousseau	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
KALAMARIDES	Michel	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-02	Neurochirurgie
KARACHI	Carine	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-02	Neurochirurgie
KAS	Aurélie	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-01	Biophysique et médecine nucléaire
KAYEM	Gilles	PU-PH	Trousseau	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
KERNEIS	Mathieu	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
KINUGAWA	Kiyoka	PU-PH	CharlesFoix	53-01	Médecine interne . Gériatrie
KLATZMANN	David	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-03	Immunologie
LACOMBE	Karine	PU-PH	Saint-Antoine	45-03	Maladies infectieuses
LACORTE	Jean Marc	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-03	Biologie cellulaire
LAMAZIERE	Antonin	PU-PH	Saint-Antoine	44-01	Biochimie et biologie moléculaire
LANDMAN-PARKER	Judith	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
LAPILLONNE	Hélène	PU-PH	Trousseau	47-01	Hématologie biologique
LAVENEZIANA	Pierantonio	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-02	Physiologie
LAZENNEC	Jean Yves	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	42-01	Anatomie/Chirurgie orthopédique
LE FEUVRE	Claude	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
LE GUERN	Eric	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-04	Génétique
LEBRETON	Guillaume	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-03	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
LEFEVRE	Jérémie	PU-PH	Saint-Antoine	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
LEGER	Pierre Louis	PU-PH	TRS	54-01	Pédiatrie
LEGRAND	Ollivier	PU-PH	Saint-Antoine	47-01	Hématologie clinique
LEHERICY	Stéphane	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
LEPRINCE	Pascal	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-03	Chirurgie thoracique et cardio vasculaire
LETAVERNIER	Emmanuel	PU-PH	Tenon	44-02	Physiologie
LEVERGER	Guy	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
LEVY	Richard	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
LEVY	Rachel	PU-PH	Tenon	54-05	Biologie et médecine de la reproduction
LORROT	Mathie	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
LOTZ	Jean-Pierre	PU-PH	Tenon	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
LOUAPRE	Céline	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
LUBETZKI	Catherine	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
LUCIDARME	Olivier	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale

LUSSEY	Charlotte	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-01	Biophysique et médecine nucléaire
LUYT	Edouard	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-02	Médecine intensive-réanimation
MAINGON	Philippe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
MALARD	Florent	PU-PH	Saint-Antoine	47-01	Hématologie clinique
MANESSE-CONSOLI	Angèle	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-04	Pédo psychiatrie
MARCELIN	Anne Geneviève	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
MARIN	Benoit	PU-PH	Trousseau	46-01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAURY	Eric	PU-PH	Saint-Antoine	48-02	Médecine intensive-réanimation
MEKINIAN	Arsène	PU-PH	Saint-Antoine	53-01	Médecine interne . Gériatrie
MENEGAUX	Fabrice	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
MESNARD	Laurent	PU-PH	Tenon	52-03	Néphrologie
MILLET	Bruno	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-03	Psychiatrie adultes
MIYARA	Makoto	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-03	Immunologie
MOCHEL	Fanny	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-04	Génétique
MOHTY	Mohamad	PU-PH	Saint-Antoine	47-01	Hématologie clinique
MONSEL	Antoine	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
MONTALESCOT	Gilles	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
MONTRAVERS	Françoise	PU-PH	Tenon	43-01	Biophysique et médecine nucléaire
MORAND	Laurence	PU-PH	Saint-Antoine	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
MORELOT PANZINI	Capucine	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-01	Pneumologie
MOZER	Pierre	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-04	Urologie
NACCACHE	Lionel	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-02	Physiologie / Neurologie
NATHAN MOULIN	Nadia	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
NAVARRO	Vincent	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
NETCHINE	Irène	PU-PH	Trousseau	44-02	Physiologie
NGUYEN	Yann	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	55-01	ORL
NGUYEN KHAC	Florence	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-01	Hématologie biologique
NGUYEN QUOC	Stéphanie	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-01	Hématologie clinique
NIZARD	Jacky	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
OPPERT	Jean Michel	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-04	Nutrition
PÂQUES	Michel	PU-PH	15/20	55-02	Ophthalmologie
PARC	Yann	PU-PH	Saint-Antoine	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
PASCAL MOUSSELL	Hugues	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	50-02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
PATERON	Dominique	PU-PH	Saint-Antoine	48-05	Médecine d'urgence
PAUTAS	Eric	PU-PH	CharlesFoix	53-01	Médecine interne . Gériatrie

PAYE	François	PU-PH	Saint-Antoine	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
PERETTI	Charles-Siegrid	PU-PH	Saint-Antoine	49-03	Psychiatrie adultes
PETIT	Arnaud	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
PHE	Véronique	PU-PH	Tenon	52-04	Urologie
PIALOUX	Gilles	PU-PH	Tenon	45-03	Maladies infectieuses
PIARROUX	Renaud	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	45-02	Parasitologie
POITOU BERNERT	Christine	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-04	Nutrition
POURCHER	Valérie	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	45-03	Maladies infectieuses
PUYBASSET	Louis	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
PYATIGORSKAYA	Nadya	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
QUESNEL	Christophe	PU-PH	Tenon	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
RATIU	Vlad	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
RAUX	Mathieu	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-01	Anesthésiologie-Réanimation et méd
REDHEUIL	Alban	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
RENARD PENNA	Raphaële	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
RIOU	Bruno	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-05	Médecine d'urgence
ROBAIN	Gilberte	PU-PH	Rothschild	49-05	Médecine Physique et Réadaptation
ROBERT	Jérôme	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
RODRIGUEZ	Diana	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
ROOS-WEIL	Damien	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-01	Hématologie clinique
ROSMORDUC	Olivier	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
ROSSO	Charlotte	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie / urgences
ROTGE	Jean-Yves	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-03	Psychiatrie adultes
ROUPRET	Morgan	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-04	Urologie
RUDLER	Marika	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
SAADOUN	David	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
SALEM	Joe Elie	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-03	Pharmacologie clinique
SANSON	Marc	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	42-02	Histologie embryo et cytogénétique
SARI ALI	El Hadi	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	50-02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAUTET	Alain	PU-PH	Saint-Antoine	50-02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCATTON	Olivier	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
SCHMIDT	Mathieu	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-02	Médecine intensive-réanimation
SCHOUMAN	Thomas	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	55-03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
SEILHEAN	Danielle	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	42-03	Anatomie pathologique / neurologie
SEKSIK	Philippe	PU-PH	Saint-Antoine	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie

SELLAM	Jérémie	PU-PH	Saint-Antoine	50-01	Rhumatologie
SEROUSSI FREDEAU	Brigitte	PU-PH	Tenon	46-04	Biostatistiques, Informatique médicale et
SILVAIN	Johanne	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-02	Cardiologie
SIMILOWSKI	Thomas	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	51-01	Pneumologie
SIMON	Tabassome	PU-PH	Saint-Antoine	48-03	Pharmacologie biologique
SOKOL	Harry	PU-PH	Saint-Antoine	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
SORIA	Angèle	PU-PH	Tenon	50-03	Dermatologie
SPANO	J-Philippe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	47-02	Cancérologie ; Radiothérapie
STANKOFF	Bruno	PU-PH	Saint-Antoine	49-01	Neurologie
STEICHEN	Olivier	PU-PH	Tenon	53-01	Médecine interne . Gériatrie
STRAUS	Christian	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	44-02	Physiologie
SVRECK	Magali	PU-PH	Saint-Antoine	42-03	Anatomie pathologique
TANKERE	Frédéric	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	55-01	ORL
THABUT	Dominique	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-01	Gastro entérologie ; Hépatologie
THOMASSIN-NAGGA	Isabelle	PU-PH	Tenon	43-02	Radiologie et imagerie médicale
TOUBOUL	Cyril	PU-PH	Tenon	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
TOUITOU	Valérie	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	55-02	Ophthalmologie
TOUNIAN	Patrick	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
TOURAINÉ	Philippe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-04	Endocrinologie
TOURRET-ARNAUD	Jérôme	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-03	Néphrologie
TRAXER	Olivier	PU-PH	Tenon	52-04	Urologie
TUBACH	Florence	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	46-01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ULINSKI	Tim	PU-PH	Trousseau	54-01	Pédiatrie
UZAN	Catherine	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	54-03	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
VAILLANT	J-Christophe	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	52-02	Chirurgie viscérale et digestive
VERNY	Marc	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	53-01	Médecine interne . Gériatrie
VEZIRIS	Nicolas	PU-PH	Saint-Antoine	45-01	Bactériologie - Virologie - Hygiène
VIALLE	Raphaël	PU-PH	Trousseau	54-02	Chirurgie infantile
VIDAILHET	Marie-José	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	49-01	Neurologie
VIGOUROUX	Corinne	PU-PH	Saint-Antoine	44-03	Biologie cellulaire
WAGNER	Mathilde	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	43-02	Radiologie et imagerie médicale
WEISS	Nicolas	PU-PH	Pitié-Salpêtrière	48-04	Thérapeutique/réa médicale / neuro
WENDUM	Dominique	PU-PH	Saint-Antoine	42-03	Anatomie pathologique
WORBE	Youlia	PU-PH	Saint-Antoine	44-02	Physiologie/neurologie
YORDANOV	Youri	PU-PH	Saint-Antoine	48-05	Médecine d'urgence

Liste des Maîtres et Maîtresses de Conférence des Universités

Nom	Prénom	Corps	Site	Discipline
BOREL	Stéphanie	MCU	Faculté	Sciences de la rééducation et réadaptation
FAURE	Pascaline	MCU	Faculté	Etudes anglophones
SAUVEGRAIN	Priscille	MCU	Faculté	Maïeutique
LEBLANC	Judith	MCU	Faculté	Sciences infirmières
LALOI	Aude	MCU	Faculté	Sciences de la rééducation et réadaptation
CHASTANG VALENTIN	Julie	MCU-MG	DMG	Médecine générale
CADWALLADER	Jean Sébastien	MCU-MG	DMG	Médecine générale
SALDANHA-GOMES	Cécilia	MCU-MG	DMG	Médecine générale
LAFUENTE-LAFUENTE	Carmelo	MCU-PH	CharlesFoix	Médecine interne - Gériatrie
ALLAIRE	Manon	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Gastroentérologie; hépatologie ; Addictologie
AMOUYAL GALAND	Chloé	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
ARMAND	Marine	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
BASSEZ	Guillaume	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Histologie embry et cytogénétique
BELLANNE CHANTELOT	Christine	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Génétique
BELLOCQ	Agnès	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
BENUSIGLIO	Patrick	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Génétique
BOISSAN	Mathieu	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
BOUGLE	Adrien	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
BOUTOLLEAU	David	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie ; Virologie ; Hygiène
BUFFET	Camille	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
CHAPIRO	Elise	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Hématologie biologique
CHARLOTTE	Frédéric	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Anatomie pathologique
COUVERT	Philippe	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Biochimie et biologie moléculaire
DANZIGER	Nicolas	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
DAVAINE	Jean Michel	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
DECAVELE	Maxens	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Médecine intensive- réanimation
DEMONDION	Pierre	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DENIS	Jérôme	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
DROUIN	Sarah	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Urologie
FEKKAR	Arnaud	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
FOY	Jean-Philippe	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GALLO	Antonio	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Nutrition
GARDERET	Laurent	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Hématologie clinique
GAY	Frédéric	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
GENSER	Laurent	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
GOUMARD	Claire	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie viscérale et digestive
GUIHOT	Amélie	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
HABERT	Marie Odile	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
JAMES	Arthur	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Anesthésiologie-Réanimation et méd
JARY	Aude	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
JERU	Isabelle	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Génétique
LAHLOU	Ghiziène	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Oto-rhino-laryngologie
LAMBRECQ	Virginie	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Physiologie
LAURENT-LEVINSON	Claudine	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Pédo psychiatrie
LE BIHAN Mme	Johanne	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Biologie cellulaire
MAKSUD	Philippe	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Biophysique et médecine nucléaire
MARIANI	Louise-Laure	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Pharmacologie clinique / neurologie
MARIE-HARDY	Laura	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MATHON	Bertrand	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
NABET	Cécile	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
NAVA	Caroline	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Génétique

PALICH	Romain	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PATOUT	Maxime	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Pneumologie ; Addictologie
PEYRE	Matthieu	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Neurochirurgie
PHILIPPON	Anne-Laure	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Médecine d'urgence
PLU	Isabelle	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Médecine légale
RENAUD	Florence	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Anatomie et cytologie pathologiques
ROHAUT	Benjamin	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
ROSENZWAJG	Michelle	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
SEISEN	Thomas	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Urologie
SERRESSE	Laure	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Médecine palliative
STERLIN	Delphine	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Immunologie
THELLIER	Marc	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Parasitologie et mycologie
TOUAT	Madhi	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
TOUHAMI	Sarah	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Ophthalmologie
VILLAIN	Nicolas	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Neurologie
VULSER	Hélène	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
ZEITOUNI	Michel	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Physiologie/Cardiologie
ZERAH	Lorène	MCU-PH	Pitié-Salpêtrière	Médecine interne . Gériatrie
COLBOC	Hester	MCU-PH	Rothschild	Médecine interne . Gériatrie
HADDAD	Rebecca	MCU-PH	Rothschild	Médecine physique et réadaptation
BRISOT	Eolia	MCU-PH	Saint-Antoine	Hématologie clinique
CAMBON	Adeline	MCU-PH	Saint-Antoine	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CERVERA	Pascale	MCU-PH	Saint-Antoine	Anatomie pathologique
COHEN	Romain	MCU-PH	Saint-Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie
COURTIES	Alice	MCU-PH	Saint-Antoine	Rhumatologie
ECKERT	Catherine	MCU-PH	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
EGUETHER	Thibaut	MCU-PH	Saint-Antoine	Biochimie et biologie moléculaire
GOZLAN	Joël	MCU-PH	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
GRABAR	Sophie	MCU-PH	Saint-Antoine	Biostatistiques, informatique médicale et ..
GUITARD	Juliette	MCU-PH	Saint-Antoine	Parasitologie et mycologie
HIRSCH	Pierre	MCU-PH	Saint-Antoine	Hématologie biologique
JOFFRE	Jérémy	MCU-PH	Saint-Antoine	Médecine intensive-réanimation
KIRCHGESNER	Julien	MCU-PH	Saint-Antoine	Gastroentérologie ; hépatologie ; Addictologie
LAMBERT-NICLOT	Sidonie	MCU-PH	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
LAPIDUS	Nathanael	MCU-PH	Saint-Antoine	Biostatistiques, Informatique médicale et
LEMOINNE	Sara	MCU-PH	Saint-Antoine	Gastro entérologie ; Hépatologie
MORENO-SABATER	Alicia	MCU-PH	Saint-Antoine	Parasitologie et mycologie
SURGERS	Laure	MCU-PH	Saint-Antoine	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
TANKOVIC	Jacques	MCU-PH	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
TEZENAS DU MONTCEL	Sophie	MCU-PH	Saint-Antoine	Biostatistiques, Informatique médicale et
VALLET	Hélène	MCU-PH	Saint-Antoine	Médecine interne . Gériatrie
VATIER	Camille	MCU-PH	Saint-Antoine	Biologie cellulaire
VERDONK	Franck	MCU-PH	Saint-Antoine	Anesthésiologie-Réanimation et méd
VIMONT BILLARANT	Sophie	MCU-PH	Saint-Antoine	Bactériologie - Virologie - Hygiène
VORON	Thibault	MCU-PH	Saint-Antoine	Chirurgie viscérale et digestive
BARRAL	Matthias	MCU-PH	Tenon	Radiologie et imagerie médicale
BEURTON	Alexandra	MCU-PH	Tenon	Médecine intensive-réanimation
CHASSET	François	MCU-PH	Tenon	Dermato-vénérologie
CRISTOFARI	Sarra	MCU-PH	Tenon	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
DOIZI	Steeve	MCU-PH	Tenon	Urologie
DUPONT	Charlotte	MCU-PH	Tenon	Biologie et médecine de la reproduction
FAJAC-CALVET	Anne	MCU-PH	Tenon	Histologie embryo et cytogénétique

GARNIER	Marc	MCU-PH	Tenon	Anesthésiologie-Réanimation et méd
GEROTZIAFAS	Grigoris	MCU-PH	Tenon	Hématologie immunologie
HENTZEN	Claire	MCU-PH	Tenon	Médecine physique et réadaptation
LUQUE	Yosu	MCU-PH	Tenon	Néphrologie
MAITRE	Thomas	MCU-PH	Tenon	Pneumologie
RIVIN DEL CAMPO	Eléonor	MCU-PH	Tenon	Cancérologie ; Radiothérapie
SOUSSAN	Patrick	MCU-PH	Tenon	Bactériologie - Virologie - Hygiène
VOIRIOT	Guillaume	MCU-PH	Tenon	Médecine intensive-réanimation
BACHY	Manon	MCU-PH	Trousseau	Chirurgie infantile
BENAROUS	Xavier	MCU-PH	Trousseau	Pédo psychiatrie
BRIOUDE	Frédéric	MCU-PH	Trousseau	Physiologie
CHOLLAT	Clément	MCU-PH	Trousseau	Pédiatrie
DELORME	Pierre	MCU-PH	Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
DHOMBRES	Ferdinand	MCU-PH	Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynéco médicale
EL KHATTTABI	Laïla	MCU-PH	Trousseau	Histologie, embryologie et cytogénétique
GIABICANI	Eloïse	MCU-PH	Trousseau	Physiologie
GIURGEA	Irina	MCU-PH	Trousseau	Génétique
GUEDJ	Romain	MCU-PH	Trousseau	Pédiatrie
GUILBAUD	Lucie	MCU-PH	Trousseau	Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
LALLEMANT	Pauline	MCU-PH	Trousseau	Médecine physique et réadaptation
RAMBAUD	Jérôme	MCU-PH	Trousseau	Pédiatrie
SCHNURIGER	Aurélie	MCU-PH	Trousseau	Bactériologie - Virologie - Hygiène
SIMONIN	Mathieu	MCU-PH	Trousseau	Pédiatrie
TAYTARD	Jessica	MCU-PH	Trousseau	Physiologie

RESUME

L'intervention de médecins dans le champ de la santé publique n'est pas nouvelle et prend une place de plus en plus importante, notamment avec la mise en place d'une spécialité médicale de santé publique en 1984. Indépendamment du sujet de sa plus-value, la création de cette spécialité s'est accompagnée de questions et de difficultés qui se sont prolongées dans le temps : manque de lisibilité liée à la diversité des domaines d'exercice, dévalorisation de la spécialité au sein de la profession médicale, difficulté à faire émerger une identité propre et commune aux médecins de santé publique. Malgré ces obstacles, en moyenne, près de 70 nouveaux internes choisissent cette spécialité chaque année en France.

Comment comprendre ce choix, et quelles sont les transformations à l'œuvre durant cette nouvelle phase du parcours de formation, qui conduit à la professionnalisation des futurs médecins spécialistes de santé publique ? Pour répondre à ces interrogations, nous avons conduit une étude mixte, qualitative et quantitative, auprès des internes de santé publique franciliens.

L'analyse quantitative des parcours de formation pratique des internes des promotions 2004 à 2018 a révélé une grande diversité dans les stages réalisés. Ainsi, près de deux tiers des internes explorent au cours de leur internat au moins 3 domaines d'activité (les plus fréquents étant l'épidémiologie-recherche clinique, l'administration de la santé et l'information-informatique médicale) et 3 types de structures différents (principalement des établissements publics de santé, des organismes de recherche et de formation, ainsi que des administrations).

L'analyse qualitative des processus de socialisation, à partir notamment de 13 entretiens avec des internes et médecins de santé publique à différents stades de leur parcours, a permis de mieux comprendre les processus à l'œuvre, en se centrant principalement sur la période de l'internat. Nous avons pu constater que le choix de la spécialité, loin d'être un choix par défaut, était associé à la perception d'un décalage avec certains aspects des deux premiers cycles de la formation médicale, chez des étudiants à qui leur position sociale et leurs socialisations antérieures donnaient la capacité de choisir une orientation qui s'écarte du chemin « traditionnel » vers une spécialisation clinique. Nous avons montré que l'internat de santé publique correspondait à l'entrée dans un univers qui leur était jusqu'alors inconnu, avec de nouvelles pratiques et de nouveaux modes de fonctionnement auxquels les internes doivent se familiariser en étant plus ou moins accompagnés, et dans de nouvelles organisations dans lesquelles ils doivent apprendre à faire leur place aux côtés d'autres professionnels de santé publique. Enfin, nous avons observé que lorsqu'elle aboutit pleinement, la socialisation des internes s'accompagne d'une conversion de leur regard (sur la santé, sur le système de santé et sur leur propre rôle) les conduisant à prendre conscience et à accepter les contradictions et tensions entre la médecine (clinique) et la santé publique, dans une position à la croisée entre ces deux mondes.

Souvent loin d'être stabilisée à la fin de l'internat, cette socialisation se poursuit après, et peut-être tout au long de la carrière des médecins de santé publique. Finalement, si ce travail n'apporte pas de réponse univoque aux questionnements identitaires de ce groupe professionnel, il nous éclaire de façon empirique sur certains processus de construction sous-jacents. Partant de ces constats, il nous semble que la réflexion sur l'identité des médecins de santé publique est avant tout un objet à travailler dans une approche active et collective, pendant la formation médicale et au long cours.

MOTS-CLES : santé publique ; internat ; parcours ; socialisation ; identité professionnelle