



ACADEMIE DE VERSAILLES

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

U F R SIMONE VEIL - SANTE

ANNEE 2020

N°

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

D.E.S. Santé publique et médecine sociale

Par Louise PETIT (BOURDEL)

Née le 31 décembre 1991 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 09 novembre 2020 à Bobigny

TITRE : Former des médecins de santé publique par la voie de l'internat. Enquête par entretiens et recueil d'archives sur la création d'une filière dédiée à la santé publique au début des années 1980.

JURY :

Président : Professeur Pierre Lombrail

Directeurs : Docteur Cécile Fournier et docteur Frédéric Dugué

Composition du jury

Président du jury

Monsieur le Professeur Pierre Lombrail

Professeur des universités, praticien hospitalier en santé publique, épidémiologie, économie de la santé

UFR Santé médecine et biologie humaine, Université Paris 13 Villetaneuse, Bobigny, Saint-Denis

Service de santé publique des hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis, Hôpital Avicenne, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Membres du jury

Monsieur le Professeur Cyrille Colin

Professeur des universités, praticien hospitalier en santé publique épidémiologie, économie de la santé

Université Claude Bernard Lyon1, faculté de médecine Lyon-Est

Pôle Information Médicale Évaluation Recherche (IMER), Hospices Civils de Lyon

Monsieur le Professeur Loïc Josseran

Professeur des universités, praticien hospitalier en santé publique, épidémiologie, économie de la santé

UFR des Sciences de la vie Simone Veil, Université de Versailles St Quentin

Département hospitalier de Santé publique, Site Raymond Poincaré – Garches, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

Monsieur Claude Thiaudière

Maitre de conférences en sociologie

Université de Picardie - Jules Verne

Remerciements

Avant de présenter mon travail, je souhaiterai ici remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont participé à sa réalisation.

A Cécile et Frédéric, chers directeurs de thèse

Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans cette aventure. Merci pour nos échanges qui ont su piquer ma curiosité et me pousser à creuser ce sujet de thèse. Merci de m'avoir guidé tout au long de cette thèse qui, j'espère, participera à comprendre qui nous sommes, médecins de santé publique. Merci pour vos relectures assidues et vos commentaires toujours très pertinents.

Au Professeur Pierre Lombrail,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et j'espère que ce travail aura su retracer fidèlement la période importante de la création de la filière de santé publique à laquelle vous avez participé.

Au Professeur Cyrille Colin,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Je suis très reconnaissante que le CUESP, par son président, s'intéresse à ce travail.

Au Professeur Loïc Josseran,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse et je vous remercie pour votre présence lors de ma formation et pour votre engagement auprès des internes de santé publique en Île de France.

A Monsieur Claude Thiaudière,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, votre regard de sociologue est précieux pour juger ce travail.

A l'ensemble de mes jurés, je vous remercie d'avoir pu vous rendre disponible malgré un contexte sollicitant grandement nos professions.

Merci à tous ceux qui ont participé à la richesse de ce travail.

Merci à l'ensemble des personnes que j'ai rencontré et interviewées pour réaliser ce travail : Madame Bruna Alves, Monsieur Marc Brodin, Monsieur Pascal Chevit, Madame Marie-Odile Frattini, Monsieur Jean-François Girard, Monsieur Marcel Golberg, Madame Virginie Halley des Fontaines, Monsieur Jean-Claude Henrard, Monsieur Antoine Lazarus, Monsieur Pierre Lombrail, Monsieur Jean-Christophe Mino, Monsieur Michel Naiditch, Madame Janine Pierret, Monsieur Patrice Pinell, Monsieur Bernard Pissarro, Monsieur Roger Salamon. Pour votre disponibilité, vos conseils, votre passion et vos engagements pour la santé publique.

Merci aux services des archives du ministère de l'éducation nationale et du ministère de la santé ainsi qu'aux archives nationales pour m'avoir permis de naviguer parmi vos documents.

Je remercie tout particulièrement Virginie Halley des Fontaines, Pierre Lombrail et Marie des Neiges Baudry pour la transmission de documents d'archives privées très précieux pour compléter ce travail.

Merci aux personnes qui, au cours de mon parcours, ont fait naître l'envie de comprendre ce qu'était un médecin de santé publique.

Bien sûr, au CliSP ! Le CliSP m'a beaucoup apporté pendant mon internat et en particulier cette certitude que j'avais choisi la spécialité qui me correspondait.

A ses présidentes et président, Laetitia, Sylvain, Sara et Sixtine, pour m'avoir confié des missions touchant à notre identité et notre spécialité et m'avoir impliquée dans les travaux du CliSP. Pour votre motivation sans faille à construire une formation qui corresponde à tous les profils des internes de santé publique.

Un merci tout particulier à Sylvain Gautier qui m'a entraîné dans cette grande aventure qu'est l'associatif. Merci pour ton soutien, tes éclairages et tergiversations. Nos échanges ont été très précieux tout au long de cet internat. J'espère qu'ils ne s'arrêteront pas là !

A Laetitia Satilmis qui, un jour, sans en mesurer les conséquences, m'a proposé de réorganiser les archives du CliSP... Quelles merveilles n'y ai-je pas trouvées ?!

A Christine Lasset, sans qui je n'aurais probablement pas choisi la santé publique. Merci de m'avoir fait rencontrer des médecins de santé publique passionnés par leur métier.

Merci à mes encadrants de stages qui, au fur et à mesure de mon internat, m'ont montré la grande diversité des pratiques en santé publique. A Jacqueline Clavel, Philippe-Jean Bousquet, Frédéric Dugué, Kristel Cosker, Benjamin Granger, Hélène Chaput, Bernard Faliu, Jean-Michel Azanowski, Franc Chauvin, Patricia Siwek, Cécile Fournier, Julien Mousques, Elise Riva, Amel Belaid et Sylvie Chazalon. A tous ceux qui m'ont formée aux méthodes et « façonnée » à la santé publique, je vous en suis très reconnaissante.

Merci beaucoup à Anne Gagnepain-Lacheteau d'avoir accepté d'encadrer mon stage de Master 2. Merci pour ton dynamisme et ta joie de vivre. J'ai passé 4 mois passionnants avec toi.

Merci à mes co-internes pour les longues discussions et parfois remises en question sur notre spécialité, notre place, notre identité... Un merci tout particulier à Sarah, Laure, Nico et Alexis, Arthur, Olivia et Aïda... et tous ceux croisés dans les couloirs des stages ou séminaires.

Merci à ma chère famille.

Papa, pour ton soutien constant lors de ces longues études de médecine. Maman, pour les petits miracles que tu m'as envoyés de là-haut pendant toutes ces années. Julienne, pour m'avoir toujours tirée vers le haut et pour ta patience dans mes longs monologues.

Guib, merci. Merci pour ta présence à mes côtés. Pour avoir eu l'audace de choisir une D4 à quelques mois de son concours. Pour ta discrétion lors du choix difficile de ma spécialité. Pour les merveilleux moments qui ont rythmé mon internat de bonheur. Et bien sûr, pour Ambre !

Merci ma petite Ambre, d'avoir bien voulu dormir quand maman rédigeait sa thèse.

Merci à toute ma famille pour les messages de soutien lors des moments difficiles : de ma première année à la soutenance de cette thèse, chaque réussite est aussi le fruit de votre présence.

Table des matières

Composition du jury	2
<i>Président du jury</i>	2
<i>Membres du jury</i>	2
Remerciements	3
Table des matières	6
Table des figures	12
Table des encadrés	14
Table des tableaux	17
Liste des abréviations	18
I.Introduction	21
<i>I. A. Justification du sujet de recherche</i>	21
<i>I. B. Problématisation</i>	22
I. B. 1. La santé publique	22
I. B. 2. Organisation de la médecine en France.....	26
I. B. 3. Médecin de santé publique.....	29
<i>I. C. Question de recherche et cadre théorique</i>	36
II.Méthode	38
<i>II. A. Recueil des données</i>	38
II. A. 1. Travail préparatoire.....	38
II. A. 1. i. Recherche bibliographique	38
II. A. 1. ii. Entretiens exploratoires	39
II. A. 2. Recueil et consultation d'archives	40
II. A. 3. Conduite d'entretiens avec les acteurs.....	42
<i>II. B. Analyse</i>	44

II. B. 1.	Analyse des documents d'archives recueillis.....	44
II. B. 2.	Analyse des entretiens	45
II. B. 3.	Construction du plan	46
III.	Résultats.....	48
<i>III. A.</i>	<i>L'espace médical de la santé publique en France avant les années 1980 (période de 1968 – 1980).....</i>	<i>48</i>
III. A. 1.	La santé publique dans les années 70 : des espaces médicaux distincts	48
III. A. 1. i.	L'hygiène comme discipline principale	49
III. A. 1. i. a.	Développement de l'hygiène publique en lien avec l'urbanisation.....	50
III. A. 1. i. b.	L'hygiène, une discipline hospitalo-universitaire bien implantée	51
III. A. 1. i. c.	Le CES d'hygiène, seule formation de santé publique en médecine ...	53
III. A. 1. ii.	Des praticiens de santé publique au service de l'administration	54
III. A. 1. ii. a.	Les médecins inspecteurs de santé	54
III. A. 1. ii. b.	L'École Nationale de la Santé Publique (ENSP)	56
III. A. 2.	La construction d'un domaine de santé publique en médecine par l'apparition de nouvelles pratiques	58
III. A. 2. i.	Pratique de la santé communautaire.....	58
III. A. 2. ii.	L'avènement de l'épidémiologie analytique.....	60
III. A. 2. iii.	Le développement de l'informatique médicale	63
	Conclusion	65
<i>III. B.</i>	<i>La création d'une filière médicale « santé publique » dans l'internat de médecine (1980 – 1984)</i>	<i>66</i>
III. B. 1.	Modifier l'espace médical de la santé publique pour faire entendre une nouvelle voix.....	67
III. B. 1. i.	Un rapprochement entre les acteurs... ..	67
III. B. 1. i. a.	Élaborer des travaux communs à plusieurs disciplines.....	67
III. B. 1. i. b.	Rapprocher les différentes pratiques de la santé publique en médecine	70
III. B. 1. ii.	...qui donne lieu à la construction d'un plaidoyer et à la réorganisation de la santé publique hospitalo-universitaire	74
III. B. 1. ii. a.	Les pays étrangers comme exemple pour la France	74

III. B. 1. ii. b. Influencer les décideurs pour porter une nouvelle approche de la formation en santé publique.....	76
Des médecins proches des politiques	77
Convaincre l'ensemble des hospitalo-universitaires	79
III. B. 1. ii. c. Réorganiser la santé publique hospitalo-universitaire	80
III. B. 2. S'inscrire dans la construction d'une réforme globale des études médicales.	81
III. B. 2. i. La genèse d'une réforme présentée comme nécessaire	82
III. B. 2. i. a. Des études médicales marquées par l'hétérogénéité des formations	82
III. B. 2. i. b. Remise en cause de la formation en médecine par les mouvements de mai 1968	84
III. B. 2. i. c. Naissance des travaux juridiques pour une réforme des études médicales	88
Une obligation européenne de repenser les études de médecine.....	88
Début d'harmonisation des formations par la loi n°79-565 du 6 juillet 1979 relative aux études médicales et pharmaceutiques	88
III. B. 2. ii. Le « rapport Seligmann », texte central de la réforme.....	89
III. B. 2. ii. a. Un groupe de travail constitué de trois enseignants de santé publique	91
III. B. 2. ii. b. Contenu du « rapport Seligmann »	95
Un objectif principal de réorganisation de la formation.....	95
Propositions générales	96
Propositions pour la formation en santé publique	98
III. B. 2. iii. Les discussions autour de la loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques	104
III. B. 2. iii. a. L'internat pour tous et l'examen classant unique comme principales mesures	107
L'« internat pour tous » ou la revalorisation de la médecine générale au premier plan.....	109
Réorganisation du 3 ^{ème} cycle en quatre filières équivalentes	111
Un examen validant pour tous les étudiants : l'examen validant et classant obligatoire (EVCO)	112
Une tentative de régulation des postes.....	116

III. B. 2. iii. b. La création d'une filière de santé publique, une des mesures de la loi n°82-1098 du 23 décembre 1982.....	117
Les arguments en faveur de la filière de santé publique.....	118
Insérer une filière de santé publique dans le 3 ^{ème} cycle des études médicales, un choix politique	119
Une filière pensée en dehors de l'hôpital avec différents modules de formation	122
Critiques à l'égard de la filière de santé publique	123
Conclusion	129
<i>III. C. La mise en place d'un internat de santé publique (1984 – 1990)</i>	<i>129</i>
III. C. 1. La longue et difficile application de la réforme des études médicales.....	130
III. C. 1. i. Concilier fortes contestations et obligations politiques	130
III. C. 1. i. a. Une mise en œuvre précipitée ?	130
III. C. 1. i. b. La mobilisation contre la réforme à l'origine d'une réflexion globale sur le système de santé français	132
Une levée de bouclier contre l'examen validant et classant	133
Le choix de repenser le France de santé dans sa globalité pour mettre fin aux contestations.....	134
III. C. 1. ii. Des nouvelles modalités et un retard d'un an dans la mise en place de la réforme	142
III. C. 2. Construction et organisation de la filière santé publique.....	144
III. C. 2. i. Les premières maquettes de santé publique : une construction rapide et vécue comme « chaotique »	145
III. C. 2. i. a. L'articulation de plusieurs DES au sein d'une filière qui se veut homogène	149
III. C. 2. i. b. Des enseignements théoriques organisés en modules.....	152
III. C. 2. i. c. Organiser un enseignement pratique adapté aux spécificités de la filière	158
III. C. 2. ii. De nombreuses problématiques identifiées dès la construction de la filière	161
III. C. 3. (Ré)organisation du corps enseignant	164

III. C. 3. i. Des collaborations nécessaires pour construire un enseignement complet	164
III. C. 3. ii. Transformations au niveau du collège universitaire	168
III. C. 3. iii. Le modèle hospitalo-universitaire conforté	170
III. C. 3. iii. a. Place centrale de l'hôpital dans la formation	171
III. C. 3. iii. b. Une appartenance HU pour les futurs MSP issus de la filière	172
III. C. 4. Les premiers internes de santé publique	174
III. C. 4. i. Qui sont les premiers internes de santé publique ?	175
III. C. 4. ii. Quels débouchés pour les médecins issus de la filière de santé publique ?	179
III. C. 4. iii. L'articulation avec les autres formations de santé publique	183
III. C. 4. iii. a. Les internes de santé publique et l'ENSP	184
III. C. 4. iii. b. Les internes de santé publique dans les autres formations universitaires	186
III. C. 5. Perceptions par les acteurs de la mise en place de la filière « santé publique » au sein de l'internat de médecine	189
III. C. 5. i. Reconnaissance de la santé publique comme une spécialité médicale à part entière	190
III. C. 5. ii. Place des différentes disciplines dans l'organisation de la filière santé publique : la domination de l'épidémiologie	193
III. C. 5. iii. Les difficultés dues au positionnement hospitalo-universitaire	197
Conclusion	203

IV. Discussion..... 205

Quelques limites méthodologiques	206
Un processus de création qui se distingue des autres spécialités médicales ?	207
Une filière très liée au politique	210
Des acteurs inégalement mobilisés	211
Une pluralité de profils qui s'oppose à l'unicité de la formation	213
Un écart important entre les ambitions initiales et la réalité de la mise en place	214
Questionner la légitimité d'une spécialité médicale de santé publique	221

Une valorisation incomplète de la santé publique en médecine	225
V.Conclusion	228
Bibliographie insérée au texte	230
VI.Annexes	236
<i>VI. A. Annexe 1 : Corpus documentaire</i>	<i>236</i>
VI. A. 1. Définition de la santé publique	236
VI. A. 2. Organisation de la santé publique en France	236
VI. A. 3. Organisation de la médecine en France.....	242
VI. A. 4. Définition, positionnements et rôles des médecins de santé publique	248
VI. A. 5. Formation en santé publique	253
VI. A. 6. Bibliographie en sciences sociales	259
<i>VI. B. Annexe 2 : Côtes des archives consultées.....</i>	<i>264</i>
<i>VI. C. Annexe 3 : Tableau de présentation des enquêtés.....</i>	<i>272</i>
<i>VI. D. Annexe 4 : Guide d'entretien</i>	<i>273</i>

Table des figures

Figure 1 : Cartographie des acteurs de la santé publique au moment de la création de la filière de santé publique.....	73
Figure 2 : Schéma récapitulatif des différentes modalités envisagées pour l'examen de fin de 2ème cycle lors de la préparation de la réforme médicales, extrait d'une note à l'attention du cabinet du Premier Ministre sur la réforme des études médicales, 25 mars 1982, archives nationales.....	115
Figure 3 : Avant-projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques, article 1er, version mai 1982, archives nationales.....	121
Figure 4 : Projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques, article 1er, version juin 1982, archives nationales.....	122
Figure 5 : Projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques, article 1er, version juillet 1982, archives nationales.....	122
Figure 6 : extraits d'articles de presse portant sur la grève des étudiants en médecine de 1983, archives nationales.....	132
Figure 7 : Schéma du 3ème cycle des études médicales selon les décrets d'application, figure issue de "la filière de santé publique de l'internat de médecine" de P. Bercelli (Bercelli 1986).....	144
Figure 8 : Liste des modules méthodologiques selon les différents DES de la filière santé publique présentés par les membres du GT de construction de la filière de santé publique en février 1984. Annexe du compte rendu de la réunion du 20 février 1984 sur la filière de santé publique, archives DGS.....	154

Figure 9 : Nombre de postes aux concours de l'internat de 1984, 1985 et 1986. Tableau issu de « La filière de santé publique de l'internat de médecine », Paolo Bercelli, Septembre 1986, p 21 (Bercelli 1986).....	176
Figure 10 : Proportion des postes de santé publique au concours des spécialités entre 1984 et 1986 selon les inter-régions. Graphique issu de « La filière de santé publique de l'internat de médecine », Paolo Bercelli, Septembre 1986, p 22 (Ibid.).....	176
Figure 11 : Motivations du choix pour la filière santé publique de la promotion 1984 des internes de santé publique parisiens, tableau issu de « Interne en santé publique : qui suis-je ? », La revue de l'éducation médicale, juin 1986 (Heintzmann et al. 1986).....	178
Figure 12 : Prospectives d'avenir à court et long terme pour les internes issus de la filière santé publique, figure issue de « devenir de la 2 ^{ème} promotion d'internes de santé publique », C. Grouchka, bulletin du CUESP n° 7, Mars 1990, archives privées.....	183

Table des encadrés

Encadré 1 : Le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF)	51
Encadré 2 : Biographie de Jacques Monnier	52
Encadré 3 : Objectifs et contenus de la formation des professionnels de santé publique par l'ENSP, Rapport intermédiaire sur les missions de l'ENSP, B. Pissarro, Juillet 1982, archives nationales	56
Encadré 4 : Biographie de Bernard Pissarro.....	59
Encadré 5 : Objectif de la formation en santé communautaire mise en place à la faculté de Bichat à destination des professionnels de santé.....	60
Encadré 6 : Biographie de Daniel Schwartz.....	62
Encadré 7 : Biographie de François Grémy	64
Encadré 8 : Biographie de Marcel Goldberg	65
Encadré 9 : Biographie de Roger Salamon	65
Encadré 10 : Santé et socialisme	77
Encadré 11 : Travaux de la commission du CES d'hygiène et médecine du travail, extrait du Journal du comité d'information de la faculté de médecine de Paris, 4 juin 1968, archives privées	87
Encadré 12 : Biographie de Maxime Seligmann.....	89
Encadré 13 : Liste des personnes auditionnées dans le cadre du "rapport Seligmann", extrait archives nationales.....	90
Encadré 14 : Composition du groupe de travail du Pr Seligmann, extrait du rapport « proposition pour la réforme des études médicales », archives nationales.....	91

Encadré 15 : Biographie de Marc Brodin	93
Encadré 16 : Composition du sous-groupe de travail chargé de travailler sur la formation en santé publique dans le cadre du "rapport Seligmann", extrait du rapport « proposition pour la réforme des études médicales », archives nationales.....	93
Encadré 17 : Objectifs généraux de la réforme des études médicales, extrait du rapport "propositions pour la réforme des études médicales" p5, archives nationales.....	96
Encadré 18 : Définition de la médecine de Santé publique, extrait du rapport « proposition pour la réforme des études médicales », p 11, archives nationales.....	99
Encadré 19 : Résultats du scrutin, extrait du compte rendu intégral de la 2ème séance du Lundi 27 Septembre 1982, Archives de l'Assemblée Nationale	106
Encadré 20 : Extraits d'archives faisant mention de l'internat pour tous	109
Encadré 21 : Extraits d'archives faisant mention de l'EVCO	113
Encadré 22 : Revendications des étudiants en médecine lors de la grève de 1983, extraits d'archives, archives nationales	116
Encadré 23 : Extrait d'archive portant sur les objectifs de la formation en santé publique .	118
Encadré 24 : Extraits d'archives illustrant l'avis du Conseil d'État sur la filière de santé publique	124
Encadré 25 : Résumé des discussions autour de la filière de santé publique ayant eu lieu à l'Assemblée Nationale lors des débats parlementaires sur la loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutique.....	125
Encadré 26 : Résumé des discussions autour de la filière de santé publique ayant eu lieu au Sénat lors des débats parlementaires sur la loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutique.....	127
Encadré 27 : Biographie de Jean-François Girard	133

Encadré 28 : extrait de l'allocution du Président de la République à Dunkerque le 25 avril 1983 portant sur les mouvements de grèves dans le système de santé.....	135
Encadré 29 : Liste des médiateurs chargés de rendre des propositions sur le système de santé français à l'été 1983	136
Encadré 30 : Compte-rendu des propositions des médiateurs suite aux échanges avec les étudiants en médecine en mai 1983.....	138
Encadré 31 : Extraits du rapport des médiateurs portant sur la place de la santé publique dans le système de santé français, Aout 1983	139
Encadré 32 : Retour de François Grémy sur le rapport des médiateurs, lettre adressée au cabinet du ministre de l'éducation nationale en novembre 1983.....	141
Encadré 33 : Biographie de Jean-Claude Henrard.....	146
Encadré 34 : Liste des responsables pour chaque DES et chaque modules élémentaires communs de la filière santé publique. CR de la réunion du 15 décembre 1983 sur la filière de santé publique, archives DGS.....	150
Encadré 35 : Liste des enseignements théoriques retenus pour les DES de la filière de santé publique, septembre 1986	154
Encadré 36 : Listes des stages par DES identifiés en février 1984	158
Encadré 37 : Les interrogations des premiers internes de santé publique, « Interne de santé publique, qui suis-je ? », la revue de l'éducation médicale, juin 1986 (Ibid.).....	180
Encadré 38 : débouchés de la deuxième promotion d'internes de santé publique, données issues de l'enquête du ClISP « devenir de la 2 ^{ème} promotion d'internes en santé publique », Mars 1990, archives privées.....	181

Table des tableaux

Tableau 1 : Parcours à l'étranger des acteurs de la création de la filière de santé publique (liste non exhaustive issue des entretiens).....	76
---	----

Liste des abréviations

APHP	Assistance publique des hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
C.M.C.	Commissions médicales consultatives des établissements hospitaliers
CCA	Chef de clinique assistant
CCHS	Centres communaux d'hygiène et de santé
CES	Certificat d'études spécialisées
CESAM	Centre d'Enseignement de la Statistique Appliquée à la Médecine
CHU	Centre hospitalo-universitaire
ClISP	Collège de liaison des Internes de Santé Publique
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNCI	Centre national des concours de l'internat en médecine
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNU	Conseil National des Universités
CSCT	Certificat de synthèse clinique et thérapeutique
CSHPF	Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France
CSU	Conseil Supérieur des Universités
CUESP	Collège universitaire des enseignants de santé publique
DAGPB	Direction de l'administration générale du personnel et du budget
DDASS	Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales
DEA	Diplôme d'études approfondies
DES	Diplômes d'études spécialisées

DESC	Diplômes d'études spécialisées complémentaires
DESS	Diplôme d'études supérieures spécialisées
DGS	Direction générale de la santé
DH	Direction des hôpitaux
DIM	Département d'information médicale
DOM	Départements d'outre-mer
DPM	Direction de la pharmacie et du médicament
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRMS	Division de la Recherche Médico-Sociale
ECN	Épreuves classantes nationales
ENSP	École Nationale de la Santé Publique
ESSEC	École supérieure des sciences économiques et commerciales
EVCO	Examen classant validant obligatoire
FI	Fédération nationale des républicains indépendants
FST	Formation spécialisée transversale
HAD	Hospitalisation à domicile
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HEC	École des hautes études commerciales
HU	Hospitalo-universitaire
INCCA	Intersyndicat national des chefs de clinique
INED	Institut national d'études démographiques
INH	Institut National d'Hygiène
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale

IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ISP SUD	Association des internes de santé publique du sud
ISPED	Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement
ISPO	Syndicat des internes de santé publique de l'ouest
EHESP	École des Hautes Études en santé publique
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
MISP	Médecins inspecteurs de santé publique
MIS	Médecins inspecteurs de santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ORS	Observatoire Régional de Santé
PCF	Parti communiste français
PH	Praticien hospitalier
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PS	Parti socialiste
PUPH	Professeur des universités – praticien hospitalier
RPR	Rassemblement pour la République
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SPI	Association des internes de santé publique parisiens
UDF	Union pour la démocratie française
UER	Unité d'enseignement et de recherche

I. Introduction

I. A. Justification du sujet de recherche

Tout au long de mon internat, j'ai questionné mon identité professionnelle : quelle est la place du médecin de santé publique dans le système de santé, et, plus globalement, dans la société ? En effet, mes engagements associatifs auprès des internes de santé publique et les échanges avec d'autres médecins de santé publique au cours de mes stages m'ont fait prendre conscience de la difficulté de positionnement de notre profession. Malheureusement, expliciter l'identité collective des médecins de santé publique est un objectif bien prétentieux pour une simple thèse d'exercice... Des travaux antérieurs portant sur la formation des internes de santé publique (Alves de Rezende 2010) ou sur les débouchés professionnels accessibles à ces derniers (Guerra et Dugué 2019) ont été menés collectivement par des internes de santé publique dans le cadre de leurs engagements au CliSP (Collège de liaison des Internes de Santé Publique). C'est inspirée de ces travaux et poussée par le CliSP à l'occasion des 30 ans que j'ai commencé à m'intéresser aux premiers internes de santé publique et à leur parcours. Après avoir hésité entre plusieurs sujets de thèse, mes directeurs m'ont proposé d'enrichir les premiers travaux de collecte d'archives en documentant la création de la filière de santé publique dans l'internat de médecine. Ce moment charnière dans la construction de notre spécialité ayant eu lieu au début des années 1980, il semblait important de recueillir dès maintenant les archives et témoignages des acteurs présents à ce moment. En effet, réunir un matériau, le plus complet possible, sur cet épisode permet ainsi de sauver la mémoire en reconstituant des documents et moments fondateurs de notre spécialité. Pour apporter des éléments de réponse sur l'identité du médecin de santé publique et laisser, j'espère, d'autres personnes se pencher sur le sujet, j'ai donc choisi de focaliser mes recherches sur la consolidation de la spécialité médicale de santé publique à travers la création

d'une filière dédiée dans l'internat de médecine. Comprendre comment la spécialité médicale de santé publique a été confirmée permettra peut-être de cerner la place qui était initialement destinée aux médecins de santé publique et d'éclairer certains enjeux autour de la création de cette profession. Ce travail vise également à recueillir des points de vue sur ce qu'est l'identité du médecin de santé publique : ceux des créateurs de la spécialité.

I. B. Problématisation

Avant de documenter la création de la filière de santé publique, il convient de problématiser le sujet en précisant la manière dont nous manions trois notions : celles de santé publique, de médecine et, enfin, de médecin de santé publique. Les définitions de ces trois notions ne sont pas figées et mobilisent souvent plusieurs perspectives. Nous exposerons ici les points de vue sur ces notions qui nous permettent d'éclairer le sujet de recherche, à savoir la création de la filière de santé publique dans l'internat de médecine.

I. B. 1. La santé publique

Définir la santé publique représente un travail en soi. Plus d'une soixantaine de définitions ont été recensées par Didier Fassin (Fassin 2008), qui tente d'appréhender la complexité de l'objet étudié et la diversité des pratiques qu'on y rattache. Les points de vue choisis ici permettent d'illustrer les caractéristiques de la santé publique en termes d'espaces de pratiques et de disciplines contributives.

Pour introduire la santé publique, la définition la plus souvent choisie est celle de Charles-Edward Amory Winslow publiée dans la revue *Science* en 1920. Ce bactériologiste américain, reconnu pour son influence sur le développement de la santé publique moderne, définit la santé publique comme « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physique 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, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité ».

“Public Health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health and efficiency through organized community effort for the sanitation of the environment, the control of communicable infections, the education of the individual in personal hygiene, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and for the development of the social machinery to insure everyone a standard of living adequate for the maintenance of health, so organizing these benefits as to enable every citizen to realize his birthright of health and longevity.” – (Winslow 1920)

Si cette définition fait bien la distinction entre santé publique et médecine clinique, elle ne prend pas en compte l'aspect polysémique de la santé publique (Fassin 2004 ; Fassin 2008 ; Henrard 1990). Lorsqu'on choisit de caractériser la santé publique en opposition à la clinique, deux aspects peuvent être mis en avant : d'une part, elle s'intéresse à la santé tandis que la clinique traite les malades et, d'autre part, elle cible des collectivités par des actions publiques tandis que la clinique s'adresse aux individus dans le cadre d'un colloque singulier médecin-patient. Par ailleurs, si on observe les pratiques qui sont faites de la santé publique, cette dernière peut prendre plusieurs sens. En effet, la santé publique est une « réalité épidémiologique » (Fassin 2008) qui étudie l'état de santé d'une population, mais aussi un mode de gestion, qui prend le plus souvent une forme administrative ; c'est aussi un domaine d'activité partagé entre différentes modalités d'action et types de professionnels et un champ disciplinaire avec des savoirs, des règles, des revues, etc... (Fassin 2004). Cette vision

polysémique de la santé publique permet d'intégrer la diversité des pratiques se rapportant à cette discipline (Henrard 1990).

D'autres définitions de la santé publique soulignent son caractère utopique (Tabuteau et Morelle 2017 ; Fassin 2008). La santé publique est alors vue comme un outil pour accéder à un monde meilleur. A la santé publique est attribuée la mission de « conserver la santé des hommes »¹ ou de « donner aux individus la maîtrise de leur propre santé »². Mais ces positionnements mettent en lumière une tension qui traverse en permanence la santé publique. En effet, d'une part ils s'exposent au risque de déviance d'une idéologie hygiéniste totalitaire pour laquelle l'amélioration, à tout prix, de la santé de la population sacrifie l'individu et ses libertés (Tabuteau et Morelle 2017) ; et, d'autre part, ils tendent vers un idéal qui ne peut être atteint car une politique de santé publique doit, pour être efficace, sélectionner des problèmes et définir des priorités, ce que Lion Murard et Patrick Zylberman appellent « l'utopie contrariée » (Murard et Zylberman 1998a).

Pour comprendre ce qu'est la santé publique, plusieurs auteurs ont choisi d'en retracer l'historique. En effet, l'étude de la manière dont des pratiques de santé publique se sont développées au fil du temps permet d'en comprendre les fonctions et les missions (Fassin 2008 ; Tabuteau et Morelle 2017). Dans la Rome Antique, la santé publique est un pouvoir politique. Elle suit deux approches : l'hygiène collective, avec l'assainissement des villes par la gestion des eaux et des déchets, et la médecine sociale par l'aide apportée aux pauvres. La santé publique est alors exercée par l'État qui s'accroche à une nouvelle vision du souverain comme celui qui doit œuvrer pour le bien-être de ses sujets. C'est le « pouvoir pastoral » du souverain décrit par Michel Foucault (Foucault 1977). Puis, au XIV^{ème} siècle, l'arrivée des

¹ Prospectus inaugural des Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1829

² Charte d'Ottawa, 1986

grandes épidémies de peste va inscrire les premiers dispositifs sanitaires dans les systèmes politiques des grandes villes européennes. L'exemple le plus caractéristique est celui de Venise, où la gestion des épidémies se fait par un comité constitué lors des crises qui deviendra ensuite permanent et chargé de l'ensemble des mesures sanitaires au service de la santé de la population. C'est la première apparition d'une politique sanitaire. Ce n'est réellement qu'à partir du XVIII^{ème} siècle que va émerger un savoir propre en santé publique qui se développe sous la forme de l'hygiène publique et se fonde sur l'utilisation de la statistique. C'est à ce moment qu'apparaît la rupture entre une médecine clinique, expérimentale, qui s'intéresse à la singularité de l'individu, et la santé publique, avec ses méthodes numériques et statistiques, qui étudie les populations. Cette période verra le développement de la statistique descriptive et la première documentation des inégalités sociales de santé par Louis-René Villermé en 1840, qui orientera ensuite les politiques de santé publique. L'histoire de la santé publique est donc très proche de l'histoire politique, plus que de la médecine.

Comme le montre Didier Fassin, la santé publique constitue un champ disciplinaire doté de savoirs, de règles, de manuels, de revues et de sociétés savantes (Fassin 2008). Mais ce champ a la particularité d'être pluridisciplinaire. La santé publique mobilise des sciences exactes et des sciences humaines qui contribuent à une approche multiple des phénomènes de santé (Tabuteau et Morelle 2017). Si l'épidémiologie et les statistiques occupent une place centrale et fondatrice dans le champ disciplinaire de santé publique depuis le XVIII^{ème} siècle, d'autres disciplines y contribuent comme l'informatique, les sciences politiques, l'économie ou la sociologie. En mobilisant ces disciplines, il s'agit d'abord d'étudier les facteurs relevant de la santé et les questionnements s'y attachant, avec, dans un second temps, l'objectif d'agir sur les problématiques mises en lumière. La santé publique mobilise donc à la fois une approche

scientifique et une approche pratique. L'espace médical est un des espaces de pratique de la santé publique. Bien que le domaine de la santé publique soit, par définition, nourri des apports de plusieurs disciplines, la formation en santé publique se concentre sur un enseignement intégré aux études médicales.

I. B. 2. Organisation de la médecine en France

Après avoir défini l'objet de spécialisation du médecin de santé publique, il convient, de comprendre comment ce dernier se place dans l'espace médical. En effet, médecin à part entière, il suit avant l'internat des études médicales similaires aux autres spécialistes au cours des deux premiers cycles de sa formation. La spécialisation en santé publique s'intègre dans le troisième cycle des études médicales, avec une dimension théorique et une dimension pratique par le biais de stages étroitement liés au monde hospitalo-universitaire

En France, la profession médicale est découpée en plusieurs spécialités. On distingue les spécialités médicales des spécialités chirurgicales. Le processus de construction des spécialités cliniques a été décrit par Patrice Pinell dans plusieurs ouvrages (Pinell 2005; Pinell 2004). Il existe différents processus de création selon les spécialités. La première définition de la spécialisation médicale, notamment en chirurgie, est celle d'un découpage selon les organes ou les fonctions. Cette vision est déterminée par une conceptualisation « localiste » de la maladie (Rosen 1944). La spécialisation peut aussi avoir pour moteur les luttes de concurrence internes à la profession médicale liées à son expansion démographique et permettrait alors d'offrir de nouveaux marchés (exemple de la médecine libérale) (Pinell 2005). Une autre approche est d'expliquer la spécialisation par la complexification du domaine médical avec le temps et l'évolution des pratiques qui mènent à la sectorisation et la division du domaine en de nombreux sous-domaines réduisant le champ des compétences. C'est l'exemple de la

médecine moderne avec les sous-spécialités telles que la cardiologie pédiatrique ou la diabétologie. Selon Patrice Pinell, cette deuxième définition n'explique pas la distinction historique entre la médecine et la chirurgie qui se traduit aujourd'hui institutionnellement. Pour Patrice Pinell, la spécialisation clinique s'explique différemment selon les périodes de l'histoire (*Ibid.*). Chronologiquement, il existe trois phases dans le processus de spécialisation de la médecine clinique. Tout d'abord, la spécialisation se fait par la création d'une offre de soin, principalement hospitalière, ou d'une formation spécialisée. C'est le cas dans la France de l'Ancien Régime avec la construction d'hôpitaux spéciaux voués à la prise en charge de certaines catégories de malades (prise en charge des aveugles à l'hôpital des Quinze-Vingt) et avec l'introduction, au sein des facultés de médecine et des collèges de chirurgie, d'enseignements spécialisés comme l'obstétrique. Ensuite, à partir de la Révolution française, le processus de spécialisation passe par la création de chaires de cliniques spéciales qui rapprochent l'enseignement et la pratique au sein des hôpitaux. L'élite médicale est alors constituée de médecins hospitaliers et des professeurs titulaires de chaires. Ce processus influence particulièrement la spécialisation à l'hôpital (exemple de l'ophtalmologie ou de la pédiatrie). A la même période, une autre forme de spécialisation, qualifiée d'institutionnelle, se fait par regroupement, au sein d'une même structure, de catégories particulières de malades qu'on souhaite contrôler ou protéger. Cette réorganisation des hôpitaux permet, avec le regroupement de certaines populations dans les hôpitaux spécialisés, l'émergence d'un regard clinique spécialisé sur les pathologies spécifiques à ces population (exemple de la psychiatrie et de la neurologie). Enfin, à partir des années 1940, la spécialisation se fait par le pouvoir politique. Plus récente, la légitimation des spécialités par la loi répond à un souci de régulation des pratiques, principalement de médecine libérale. Selon Patrice Pinell, les spécialités reconnues par l'État correspondent à la forme la plus aboutie que prend le

processus de spécialisation (Pinell 2004). Plus généralement, la reconnaissance d'une spécialité médicale se fait selon trois étapes : premièrement, les médecins s'organisent autour d'institutions spécialisées, de chaires universitaires ou d'associations professionnelles ; puis ils exercent une pratique en tant que « spécialistes » et, enfin, la spécialité est reconnue par l'État et devient légitime, les spécialistes sont alors titulaires d'un diplôme dans une spécialité officiellement reconnue par l'État. L'officialisation d'une spécialité suppose donc un certain niveau d'organisation préalable du domaine (*Ibid.*).

Aujourd'hui, la formation en médecine suit ce découpage par spécialités. Au bout de 6 années de formation commune et la validation des épreuves classantes nationales (ECN), les étudiants en médecine, devenus « internes », choisissent une spécialité parmi les 44 diplômes d'études spécialisées (DES) listés dans l'arrêté du 21 avril 2017¹ (13 DES dans la discipline chirurgicale, 30 DES dans la discipline médicale et 1 DES en biologie). Chaque DES suit une maquette de formation fixée par ce même arrêté et qui lui est propre. La formation des internes, au sein de chaque DES, est partagée entre une formation théorique (quotas horaires de modules) et une formation pratique (quotas de semestres dans des lieux agréés pour la spécialité). A la fin de leur cursus de formation, la plupart des étudiants en médecine peuvent choisir entre une activité libérale ou hospitalière. Certaines spécialités ont d'autres débouchés (laboratoires, structures de l'éducation nationale, administrations, industrie...).

La médecine hospitalière française est organisée par la réforme Debré de 1958. Trois ordonnances, promulguées en décembre 1958, portent sur les réformes hospitalières et hospitalo-universitaires imaginées et mises en place par Robert Debré. C'est par ces

¹ 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

ordonnances que sont créés les CHU (centres hospitalo-universitaires) et leurs missions de soins, d'enseignement et de recherche. Le maillage du système sanitaire qui existe aujourd'hui est le fruit de cette réforme. L'évolution des missions des CHU fait apparaître le statut de médecin hospitalo-universitaire : médecin ayant une activité clinique et de recherche auprès des patients de l'hôpital et une activité d'enseignement à la faculté de médecine. Ces médecins sont regroupés au sein du Conseil National des Universités (CNU) de médecine. Le CNU de médecine est divisé en plusieurs sections et sous-sections correspondant aux différentes spécialités. Par exemple, les médecins de santé publique hospitalo-universitaires appartiennent à la section 46 « santé publique, environnement et société », divisée en 5 sous-sections : 4601 « épidémiologie, économie de la santé et prévention », 4602 « médecine et santé au travail », 4603 « médecine légale et droit de la santé », 4604 « biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication » et 4605 « épistémologie clinique ».

I. B. 3. Médecin de santé publique

L'expression « médecin de santé publique » peut recouvrir différentes significations et rapporter à différents métiers. Tous les médecins de santé publique n'ont pas le même cursus de formation ni les mêmes missions dans leur exercice professionnel. Par la première partie de leur formation médicale (6 premières années), ils acquièrent des connaissances sur l'approche clinique et thérapeutique de la maladie et les ressources qu'ils peuvent mobiliser dans le système de santé. Une formation en santé publique va ensuite les familiariser avec ce domaine de pratique et leur apporter les notions nécessaires à l'exercice de leur pratique.

Les médecins de santé publique forment un groupe parmi les professions médicales d'une part et les professionnels de santé publique d'autre part. Ils ont pour point commun un

diplôme de médecine et une formation de santé publique pendant ou après leur cursus médical. Aujourd'hui la plupart des médecins de santé publique en exercice sont issus du Diplôme d'études spécialisées (DES) de santé publique¹, spécialisation médicale intégrée dans le troisième cycle des études médicales. L'accès à la spécialité est aussi possible par la voie de la qualification : ordinale par le Conseil de l'ordre ou par équivalence européenne. La qualification est donnée principalement aux médecins dits « ancien régime », qui ont obtenu leur diplôme de médecine avant la création de la filière de santé publique, entre 1994 et 1999. En 2005, les médecins qualifiés en santé publique représentaient 2/3 de l'ensemble des médecins spécialistes de santé publique (Bérard 2007). D'autres médecins sont formés, après leurs études médicales, par l'EHESP (École des Hautes Études en santé publique), sur une durée d'un an après réussite d'un concours interne ou externe, pour devenir médecins inspecteurs de santé publique, fonctionnaires de l'État. Un médecin de santé publique peut aussi être un médecin d'une autre spécialité, exerçant des missions de santé publique. Cette thèse s'intéresse plus particulièrement aux médecins spécialisés en santé publique, anciens internes de santé publique. Pour faciliter la lecture, nous appellerons donc dans cette thèse « médecin de santé publique » ces médecins formés à la santé publique lors de leurs études de médecine par l'université.

En 2018, la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) compte 1 705 médecins de santé publique² soit environ 0,75% de l'ensemble des médecins. Leur effectif et leur part parmi l'ensemble des médecins sont restés assez stables ces 30 dernières années. En effet, en 2005, ils représentaient déjà moins d'1% des médecins (*Ibid.*).

¹ Ce DES prendra plusieurs dénominations au fil des réformes (DES de « santé communautaire et médecine sociale », DES de « santé publique et médecine sociale » à partir de 1990 et, depuis 2017, DES de « santé publique »)

² Données DREES, tableau 2. Effectifs des médecins par spécialité, zone d'inscription, sexe et tranche d'âge (<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>)

La profession est majoritairement féminine avec 59 % de femmes médecin de santé publique en 2018¹. Plus d'un quart des médecins de santé publique exercent en Île de France (n = 472, 28 %). L'Auvergne Rhône Alpes se situe juste après avec plus de deux fois moins de médecins de santé publique que l'Île de France (n = 205, soit 12 % de l'ensemble des médecins de santé publique). Les DOM (Départements d'Outre-Mer) et la Corse sont les régions les moins pourvues avec moins d'une vingtaine de médecins de santé publique¹.

Un médecin de santé publique peut aussi être caractérisé par la façon qu'il a de pratiquer la santé publique, autrement dit, comment un médecin de santé publique « fait-il de la santé publique ». Plusieurs études se sont penchées sur cette question et sont venues à recenser les domaines d'exercice. Il apparaît que les domaines d'activité des médecins de santé publique sont très nombreux, et varient au fil des années et des questionnements des enquêteurs². A peine dix ans après la création de la filière, moins d'une dizaine de domaines d'activités sont identifiés (Bouvier-Colle, Jouglu et Schwoebel 1995). En 2007, Alain Bérard recense plus de 50 domaines (Bérard 2007). En 2012, l'enquête du CliSP auprès des anciens internes de santé publique propose une vingtaine de domaines d'activité très vastes, regroupant de nombreux sous-domaines (Guerra et Dugué 2019). Même si ces classifications se recourent, l'exercice des médecins de santé publique est difficile à catégoriser. Le domaine d'activité principal en 1995 est l'information médicale, avec 26 % des anciens internes interviewés exerçant en DIM (département d'information médicale) (Bouvier-Colle, Jouglu et Schwoebel 1995). Ce chiffre

¹ Données DREES, tableau 2. Effectifs des médecins par spécialité, zone d'inscription, sexe et tranche d'âge (<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/>)

² A titre d'exemple, l'enquête du CliSP de 2012 reclasse les domaines d'exercice des médecins de santé publique de cette façon : activité clinique ; épidémiologie, recherche clinique et biostatistique ; information médicale ; politique de santé et organisation des soins (comprenant l'économie de la santé, la gestion d'établissement et de l'offre de soins, les politiques de santé et l'évaluation) ; prévention et promotion de la santé ; qualité et sécurité des soins (incluant l'hygiène hospitalière et la vigilance sanitaire) et « autres » (comprenant : informatique médicale, marketing, sciences de l'environnement, sciences humaines et sociales, bio-informatique, sciences de l'éducation).

est très probablement dû au fort développement du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), outil permettant de décrire l'activité hospitalière à des fins économiques et, secondairement, de recherche, développé au milieu des années 1990. A partir des années 2000, l'épidémiologie semble être le domaine d'activité principal des médecins de santé publique. Il représente le domaine cité par la majorité des enquêtés dans deux études différentes, portant sur des populations différentes : 45 % de l'ensemble des médecins de santé publique (spécialistes et inspecteurs) en 2007 (Bérard 2007) et 37 % des anciens internes de santé publique en 2012. Enfin, dans chacune de ces études, les médecins de santé publique déclarent plusieurs domaines d'activité dans une même pratique (3,5 en 2007, environ 2 en 2012). Cette grande diversité de pratiques, chez un nombre restreint de professionnels, peut faire craindre un « éparpillement » des missions des médecins de santé publique (*Ibid.*; Guerra et Dugué 2019). La constitution d'un corps unique de praticien médical de santé publique a souvent été évoquée par institutionnels et associations d'internes ou de médecins de santé publique comme une solution pour tenter de limiter ce risque « d'éparpillement » (Bérard 2007). Mais, ce changement statutaire ne paraît pas pouvoir lisser un domaine de pratique qui reste multidisciplinaire par définition. Ce projet, très controversé, ne s'est d'ailleurs jamais concrétisé.

Malgré des travaux sur la formation, les débouchés professionnels ou la démographie des médecins de santé publique, il apparaît encore difficile d'en saisir clairement les missions et les positionnements. Retracer l'évolution de leur formation dans le temps peut apporter des éléments de réponse. Même si des médecins de santé publique sont identifiés bien avant 1983, la création d'une filière de santé publique au sein de l'internat de médecine peut être qualifiée comme l'action conduisant à l'apparition d'une spécialité médicale de santé publique. A partir de ce moment-là, l'internat est divisé en quatre parties, appelées filières,

qui sont : la médecine générale, la médecine spécialisée, la santé publique et la recherche. Chacune de ces filières compte plusieurs diplômes d'études spécialisés (DES) correspondant à des spécialités comme la cardiologie ou la pneumologie dans la filière de médecine spécialisée. La filière de santé publique est divisée en 2 DES : médecine du travail d'une part, et santé communautaire et médecine sociale d'autre part. Quelques années après, en 1988, les quatre filières sont finalement supprimées pour ne garder que les DES et la santé publique n'est plus identifiable que par deux DES ne la mentionnant pas clairement. C'est deux ans après, en 1990, que la spécialisation en santé publique réapparaît dans le troisième cycle des études médicales quand le DES « santé communautaire et médecine sociale » est renommé « santé publique et médecine sociale ». Une récente réforme du troisième cycle des études médicales renomme la formation en « santé publique » en supprimant le terme de médecine sociale de l'intitulé du DES. Aujourd'hui, le cursus de formation d'un médecin de santé publique se présente donc sous la forme d'un DES de « santé publique » de quatre ans, débuté après les ECN. L'actuelle maquette du DES de santé publique est fixée par l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées. La formation, constituée de huit semestres de stage et huit modules théoriques, est découpée en trois phases : socle, approfondissement et consolidation. La phase socle dure un an, au moins l'un des deux semestres doit être effectué dans un lieu de stage agréé pour la santé publique et mobilisant des méthodes quantitatives. La phase d'approfondissement dure deux ans et la phase de consolidation constitue la quatrième et dernière année du DES (« Réforme du 3^e cycle » 2017). A la fin de la phase d'approfondissement, les internes ont des notions de base dans les huit modules obligatoires (Agrinier et al. 2016) :

- Biostatistique

- 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

Ils doivent ensuite choisir 4 modules dans lesquels ils devront approfondir leurs connaissances. La formation théorique de l'internat de santé publique est nationalisée sur une plateforme en ligne depuis la réforme de 2017. Auparavant, chaque subdivision régionale était chargée de la formation de ses internes. Pendant le troisième cycle, les internes de santé publique, comme tous les internes, peuvent suivre une formation spécialisée transversale (FST) dans un domaine spécifique. Il existe des FST en hygiène, médecine scolaire ou bio-informatique médicale, etc... Une option a été ajoutée au DES de santé publique lors de la réforme de 2017, accessible aux seuls internes de santé publique, portant sur l'administration de la santé. Pour cette option, la formation théorique est organisée et dispensée par l'EHESP. Le nombre de postes à l'entrée de la spécialité médicale de santé publique fluctue beaucoup selon les années depuis la création de la filière. Après une forte menace de suppression de la spécialité au début des années 1990 qui n'a finalement pas été mise à exécution, d'importantes diminutions des postes à l'entrée du DES ont eu lieu en 2005 (de 60 à 10 postes) et en 2007 (de 70 à 60). Depuis 2009, le nombre de poste reste assez stable avec environ 80 internes par an sur l'ensemble du territoire national. Mais tous les postes ne sont pas pourvus : 10 à 20 % des postes restent vacants chaque année.

C'est donc par une formation multidisciplinaire, au cours de laquelle ils côtoient des professionnels de santé publique exerçant dans différents domaines d'activité, que les médecins se spécialisent en santé publique. Mais, malgré un cadre de formation harmonisé, ils ne sont pas socialisés à une seule et même pratique de la santé publique. Plusieurs ouvrages cherchent à définir ce qu'est un médecin de santé publique. Un livre intitulé « Médecins de santé publique » propose une liste des différents types de pratiques de médecins dans le domaine de la santé publique, mais ne s'attardent pas sur les spécificités des médecins formés par le DES de santé publique (Bréchat, Salines et Segouin 2016). Certains internes de santé publique ont également tenté d'apporter des éléments de réponse dans leur thèse d'exercice en étudiant la formation des internes de santé publique (Alves de Rezende 2010) ou en décrivant la démographie de ces médecins (Cabot 2013). D'autres ont analysé la carrière des médecins de santé publique, apportant des justifications précieuses sur la diversité de leurs pratiques (Bérard 2007 ; Guerra et Dugué 2019). Pourtant, les connaissances sur cette profession restent limitées et ces études n'apportent qu'une partie de réponse à notre questionnement. Comprendre le rôle du médecin de santé publique pourrait aussi se faire par opposition à celui de ses confrères des autres spécialités médicales d'une part et à celui des autres professionnels de la santé publique d'autre part. En effet, les médecins de santé publique semblent se différencier des autres médecins par l'objet de leur pratique (la santé d'une population et non celle d'un individu) et le fait de mobiliser d'autres approches que l'approche clinique. Par ailleurs, la question de ce qui distingue les médecins de santé publique des praticiens non médecins intervenant dans ce domaine peut aussi être posée. Si un médecin de santé publique a, par son expérience, connaissance du système de santé, de son fonctionnement et de ses enjeux, il ne mobilise cependant pas forcément ces savoirs dans sa pratique de la santé publique. Ces questions sont loin d'être documentées et nécessitent

d'être intégrées à l'interrogation globale de la place du médecin de santé publique dans la société.

I. C. Question de recherche et cadre théorique

Les études citées plus haut évoquent la création de la filière de santé publique, dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales de 1982, comme le fait marquant de l'apparition de la spécialité médicale de santé publique. Pourtant l'histoire de la santé publique retracée par plusieurs auteurs ne fait pas réellement mention de cet événement (Fassin 2008 ; Tabuteau et Morelle 2017 ; Murard 2016 ; Murard et Zylberman 1998b ; Picard et Viet). La création de la filière de santé publique en médecine comme point d'ancrage des médecins de santé publique dans le système de santé doit donc être documentée afin de mieux comprendre ce qu'est un médecin spécialiste de santé publique. En effet, alors qu'il existait déjà des médecins et d'autres professionnels exerçant des missions de santé publique, qu'est-ce qui a conduit à en faire une spécialité médicale à part entière ? Comment la spécialisation médicale de santé publique s'est-elle produite, par quels mécanismes et quelles actions ? Quels étaient les enjeux et les débats qui ont accompagné cette création ?

Pour répondre à cette question, cette thèse mobilise la notion d'espace social¹ et les travaux de Patrice Pinell sur la spécialisation. Sans aller au bout de ce qu'implique l'usage de ces termes en sociologie, ils sont ici utilisés pour guider une réflexion personnelle appuyée sur plusieurs lectures. Dans ce travail, la santé publique est désignée comme un domaine divisé en un espace de pratique et un champ disciplinaire. Cette thèse s'intéresse plus particulièrement à l'espace de pratique en médecine et aux disciplines qui y sont mobilisées,

¹ « La notion d'espace social est un outil sociologique qui permet d'étudier la structure et la dynamique des relations qu'entretiennent des agents engagés dans des luttes de concurrence autour d'un objectif commun ». P. Pinell. « Introduction ». In : P. Pinell (dir.), *Une épidémie politique, la lutte contre le sida en France, 1981-1996*, Paris, PUF, 2002, p. 5.

constituant ce qui sera appelé ici l'espace médical de la santé publique. Elle suit une approche monographique de l'évènement étudié : la création de la filière de santé publique. Elle met en regard des archives et des témoignages d'acteurs pour documenter le plus précisément possible les conditions qui ont entouré la création de la filière. Le plan de ce travail, chronologique, permet tout d'abord d'apporter des informations sur le contexte dans lequel s'inscrit cette création, puis de décrire la première étape de l'apparition administrative et législative de la filière de santé publique et la seconde étape de mise en place effective dans l'espace médical de la santé publique.

II. Méthode

L'étude de la création de la filière médicale de santé publique est fondée sur une approche monographique articulant deux types de sources principales : des documents d'archives et des témoignages de différents acteurs, directement impliqués dans cette création ou témoins de celle-ci, recueillis au moyen d'entretiens. L'analyse s'est également appuyée sur une recherche bibliographique ciblée.

II. A. Recueil des données

Les données permettant de répondre à la question de recherche posée ont été recueillies en deux étapes. Tout d'abord, un travail préparatoire s'est appuyé sur une recherche bibliographique et des entretiens exploratoires destinés à contextualiser le sujet. Ceci a permis d'orienter la seconde étape du recueil de données en guidant l'identification des archives et des personnes essentielles à consulter. Les données principales ont été recueillies dans un second temps grâce à la consultation d'archives et la conduite d'entretiens auprès d'acteurs impliqués dans la création de la filière de santé publique.

II. A. 1. Travail préparatoire

II. A. 1. i. Recherche bibliographique

Le travail bibliographique a consisté à colliger l'ensemble des documents permettant de contextualiser et problématiser le sujet de recherche, à savoir la création de la filière de santé publique. Pour cela, plusieurs sources, principalement issues de la littérature grise, ont été mobilisées. Quelques documents ont d'abord été transmis par mes directeurs de thèse, par les personnes consultées lors du travail exploratoire et par la documentaliste de l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé). Puis, une recherche plus approfondie sur différents moteurs (Banque de données en santé publique, Google Scholar,

PubMed et Cairn) a permis de recueillir les articles se rapportant au sujet traité. Les principaux mots clés qui ont été utilisés sont : « santé publique », « santé publique, définition », « médecin de santé publique », « formation en santé publique », « spécialité médicale » ... Enfin, les revues professionnelles de santé publique telle que *Actualités & dossiers en santé publique*, et certains ouvrages et sites internet de référence en santé publique ont été consultés (cf. Annexe 1 : Corpus documentaire). Les articles, rapports et thèses recueillis ont ensuite été sélectionnés et classés selon leur thématique principale. Ainsi, un corpus documentaire avec cinq sous-ensembles a été constitué. Ces sous-ensembles portent sur la définition de la santé publique, l'organisation de la santé publique en France, l'organisation de la médecine en France, la définition, les positionnements et rôles des médecins de santé publique et la formation en santé publique.

En parallèle, une bibliographie en sciences sociales a été constituée pour étayer des questions étudiées et l'approche méthodologique choisie. Les travaux de Patrice Pinell portant sur la spécialisation médicale, ceux de Michel Foucault sur la médecine sociale et de Claude Thiaudière sur l'histoire de la protection maternelle et infantile, sont les principales sources utilisées pour ce travail.

II. A. 1. ii. Entretiens exploratoires

Après la constitution d'un corpus bibliographique de référence, quatre entretiens exploratoires auprès d'informateurs ont permis de recentrer la problématique de recherche et d'établir une première cartographie des acteurs. Ces informateurs sont des personnes s'étant intéressées à l'apparition d'une spécialité médicale de santé publique lors de travaux personnels ou de recherche. Ils ont également permis de compléter le corpus bibliographique de documents manquants.

En complément des discussions avec mes directeurs de thèse, d'autres entretiens ont été menés auprès de deux chercheurs en sciences sociales pour aider au choix d'une méthodologie adaptée et à l'analyse des données recueillies.

Ces entretiens exploratoires n'ont pas fait l'objet d'enregistrements mais d'une prise de note qui a permis d'enrichir l'analyse du contexte et des données recueillies.

II. A. 2. Recueil et consultation d'archives

Suite au travail préparatoire, le recueil d'archives s'est concentré sur l'obtention des documents administratifs et législatifs liés à l'élaboration et la mise en place de la loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques.

Les journaux officiels de la République Française publiant le texte de loi et ses décrets d'application ont été consultés sur legifrance.fr. Le dossier législatif, référencé sur le site officiel du Sénat, a permis de recueillir les rapports et projets de loi intermédiaires ainsi que les dates des séances au cours desquelles le projet de loi a été discuté dans chacune des assemblées. Les comptes-rendus intégraux de l'ensemble des débats parlementaires ont ensuite été consultés sur les sites officiels du Sénat¹ et des archives de l'Assemblée Nationale².

La lecture des débats et documents parlementaires a permis d'identifier les ministres chargés de l'élaboration de la loi, M. Jack Ralite pour le ministère de la santé et M. Alain Savary pour le ministère de l'éducation nationale, ainsi que le conseiller ministériel impliqué dans la préparation et le portage du projet de loi, le Pr Maxime Seligmann. Le rapport préparatoire du Pr Maxime Seligmann, rendu en décembre 1981, a été identifié comme le point de départ des travaux relatifs à la réforme des études médicales. Le décret d'application de la loi, publié

¹ <https://www.senat.fr/comptes-rendus-seances/5eme/seances/archiveSeances.html>

² <http://archives.assemblee-nationale.fr>

en juillet 1984, marque quant à lui la fin des travaux administratifs de cette réforme. Le recueil des archives administratives a donc été ciblé sur les fonds des cabinets des deux ministres en charge de la réforme dans la période 1981 – 1984. Les services des archives des ministères de l'éducation nationale et de la santé ont permis d'identifier le contenu des fonds archivés pour la période ciblée.

L'analyse s'est finalement concentrée sur un premier fonds d'archives issu du cabinet de M. Jean-Pierre Chevènement, ministre de l'éducation nationale entre 1984 et 1986, et conservé aux archives nationales. Deux cartons de ce fonds portant sur la réforme des études médicales sur la période 1981 – 1986 ont été examinés. Le premier carton (cote 198801108/15) comportait l'ensemble des archives du cabinet d'Alain Savary relatives à la réforme des études médicales et pharmaceutiques et à la loi du 23 décembre 1982. Le second carton (cote 19880108/16) recensait l'ensemble des documents portant sur la gestion de la grève des étudiants et des médecins de 1983. Le plan de ces cotes est disponible en annexe (Annexe 2 : Côtes des archives consultées). Concernant le ministère de la santé, le fonds d'archives du cabinet de M. Jack Ralite était en cours de traitement par les archives du ministère et n'était pas disponible pour consultation. Néanmoins, des documents faisant mention de la filière de santé publique et issus des archives du Bureau des professions de santé de la Direction Générale de la Santé ont pu être analysés grâce à leur numérisation par le service des archives du ministère de la Santé. Seul un carton issu du cabinet de M. Edmond Hervé, secrétaire d'État à la santé entre 1983 et 1986, et disponible aux archives nationales a pu être consulté. Ce carton (cote 19860540/13) regroupait les archives de M. Jean-Claude Henrard, chargé de mission sur les dossiers relatifs aux études médicales entre 1981 et 1986.

Enfin, lors des entretiens, certains acteurs ont accepté de partager leurs archives privées pour permettre une analyse de celles-ci. Ainsi, des documents issus du service de santé publique de Saint Antoine, des articles relatifs à la formation en santé publique parus dans les années 1980, un bulletin du Collège Universitaire des Enseignants en santé publique de 1990 et le compte-rendu d'une réunion du groupe de travail sur la réforme des études médicales de 1981 ont pu être consultés.

II. A. 3. Conduite d'entretiens avec les acteurs

Un premier travail d'identification des acteurs a été mené afin d'obtenir une cartographie la plus exhaustive possible des personnes ayant été impliquées dans la création de la filière de santé publique au début des années 1980. Les entretiens exploratoires et la consultation des archives ont permis d'identifier la plupart des personnes ayant joué un rôle dans le champ de la santé publique à cette période et de cibler celles qui ont été directement impliquées dans la création de la filière. Ces acteurs ont été classés en deux catégories : une première regroupant les témoins et une seconde s'intéressant aux initiateurs, tant politiques que du champ de la santé publique. Les témoins sont les personnes qui ont été en contact avec les acteurs de la création de la filière mais qui n'ont pas joué de rôle actif spécifique dans le processus de création. Tandis que les initiateurs sont considérés comme les personnes impliquées dans la création de la filière de santé publique au sein de la réforme des études médicales de 1983. Les premiers entretiens avec les témoins ont permis de confirmer ou d'ajouter certains acteurs (témoins ou initiateurs) impliqués dans cet événement.

Finalement, 30 initiateurs et 11 témoins proches ont été identifiés. Du fait de l'impossibilité de rencontrer l'ensemble des acteurs identifiés dans le temps imparti pour la thèse, une sélection a été effectuée sur les critères suivants : accessibilité des personnes identifiées,

récurrence de désignation dans les archives et travaux exploratoires, diversité des disciplines contributives (épidémiologie, santé communautaire, informatique médicale...) et des lieux d'exercice de la santé publique (hôpital, équipe de recherche, administration...) au cours de la période d'intérêt. Ainsi, 12 personnes, cinq témoins et sept initiateurs, ont été sollicitées pour un entretien (cf. Annexe 3 : Tableau de présentation des enquêtés). Cette sollicitation s'est effectuée par courriel entre septembre et novembre 2019 et a pu être appuyée par la recommandation d'un enquêté précédent dans la plupart des cas. Dans l'ensemble, les personnes contactées se sont montrées favorables à la démarche de recherche et ont accepté la proposition d'entretien. Un seul refus, motivé par le fait de ne pas avoir joué un rôle central dans la création de la filière, a été exprimé par l'un des acteurs identifiés en tant qu'initiateur.

Onze entretiens semi-directifs ont donc pu être menés, la plupart s'étant déroulés en face à face à Paris dans un lieu convenant à l'enquêté. Deux entretiens ont été effectués par téléphone. Tous les entretiens ont pu faire l'objet d'enregistrements audio, avec l'accord des interviewés. Les entretiens ont duré entre 30 minutes et 2h selon la disponibilité des acteurs.

Un premier guide d'entretien, disponible en annexe (cf. Annexe 4 : Guide d'entretien), a été construit en suivant les questionnements formulés et les domaines à explorer grâce au travail préparatoire. Ce guide a permis d'orienter les entretiens selon les grandes thématiques retenues : trajectoire professionnelle et rôle dans la création de la filière de santé publique, origine de la création d'une spécialité médicale de santé publique, mise en place de la filière et perception par l'interviewé de l'état de la filière aujourd'hui et des enjeux actuels. Ce guide a évolué et a pu être alimenté au fur et à mesure des entretiens, certains acteurs apportant de nouvelles catégories d'analyse qui n'avaient pas été formulées au départ. Enfin, selon l'acteur interviewé et son positionnement lors de la création de la filière de santé publique, des questions ont pu être ajoutées pour préciser certains points particuliers.

Afin de respecter l'anonymat des personnes interviewées, l'ensemble du contenu des entretiens n'a pas été intégré au contenu de la thèse. Dans la présentation des résultats le choix a été fait de n'indiquer que le positionnement hospitalo-universitaire ou administratif de l'interviewé. Un tableau de présentation des différentes personnes rencontrées est disponible en annexe (Annexe 3 : Tableau de présentation des enquêtés).

II. B. Analyse

II. B. 1. Analyse des documents d'archives recueillis

L'analyse des archives législatives s'est concentrée sur la synthèse des comptes-rendus de l'ensemble des séances parlementaires au cours desquelles le projet de loi de réforme des études médicales et pharmaceutiques a été discuté (3 séances à l'Assemblée Nationale et 2 séances au Sénat). La synthèse des débats parlementaires a été structurée en trois parties : identification des parlementaires impliqués, mise en évidence des grandes idées défendues par chaque parti politique et sélection des extraits portant sur la création de la filière de santé publique. L'analyse de ces extraits a permis de dégager les arguments en faveur et en désaccord avec la création de la filière de santé publique.

Les archives administratives ont été analysées grâce à la consultation des fonds sur le site des archives nationales de Pierrefitte-sur-Seine. La plupart des documents n'ont pu qu'être consultés car leur reproduction complète était interdite. Après avoir parcouru l'ensemble du contenu des cartons archivés, les documents évoquant spécifiquement la santé publique ont été sélectionnés et recopiés dans leur intégralité. Les documents permettant d'affiner le contexte de la création de la filière de santé publique ont également été sélectionnés et certains extraits ont pu être recopiés. Les extraits sélectionnés ont ensuite été classés selon trois axes : ceux relatifs au rapport Seligmann, ceux portant sur la construction du projet de

loi et ceux documentant la mise en application de la loi. Une synthèse a été rédigée pour chacun des axes énoncés. Ces synthèses ont été structurées en plusieurs parties : mise en contexte des documents, présentation des personnes identifiées dans les documents, contenu général et contenu portant spécifiquement sur la filière de santé publique.

Certains passages d'archives sont repris dans les résultats de ce travail tels que retrouvés dans les archives. Pour plus de compréhension, les extraits d'archives sont présentés sous forme d'encadrés.

II. B. 2. Analyse des entretiens

Tous les entretiens, auprès des témoins et des initiateurs de la création de la filière de santé publique, ont été analysés avec la même méthode. Tout d'abord, chaque entretien a été retranscrit en intégralité grâce à l'enregistrement audio et aux notes prises lors de la discussion. Ensuite, la relecture de l'entretien a permis de mettre en évidence les éléments les plus pertinents au regard de la problématique étudiée et d'effectuer une synthèse. La synthèse de chaque entretien a été structurée de la même manière, selon un plan prédéfini grâce au travail préparatoire et au guide d'entretien. Pour chaque partie du plan, le contenu de l'entretien s'y rapportant a été reformulé. Ces synthèses ont permis de mettre en valeur les extraits d'entretien portant sur les thématiques attendues (création de la filière, mise en place pratique et propos relatifs à la santé publique) mais aussi les thématiques qui ont émergé lors des entretiens (comme par exemple le contexte des études médicales de l'époque). Chaque synthèse comportait également un résumé du parcours de l'interviewé et la liste des personnes évoquées lors de l'entretien. Puis, une analyse transversale des synthèses d'entretiens a permis de mettre en relation les propos de chaque acteur sur chacune des grandes thématiques évoquées. Les extraits d'entretiens les plus pertinents ont

ensuite été recherchés pour venir fonder ou illustrer les résultats. Enfin, l'analyse a permis de compléter au fur et à mesure la cartographie des acteurs impliqués dans la création de la filière de santé publique, pour aboutir à celle présentée dans les résultats. Cette cartographie, présentée ci-après (Figure 1, III. B. 1. i. b), offre une visualisation de l'ensemble des personnes identifiées lors du travail préparatoire, évoquées lors des entretiens et repérées dans l'analyse des archives. Les extraits d'entretiens sont présentés en *italique* et entre guillemets.

II. B. 3. Construction du plan

Une fois les données analysées séparément, les résultats ont été organisés selon les grandes thématiques identifiées. Un plan a été construit afin d'articuler les différentes sources de données (bibliographie, archives et entretiens) selon une approche chronologique. La première partie vise à décrire ce qu'était le champ de la santé publique dans les années 1970 – 1980. Elle permet de faire un état des lieux des institutions et des acteurs en présence afin de mieux situer la création de la filière de santé publique dans son contexte. Une deuxième partie est consacrée au processus de création de la filière dans le cadre de la réforme des études médicales. Elle met en lumière les modifications opérées dans le champ de la santé publique décrit dans la première partie d'une part, et la construction législative de la réforme et de la filière de santé publique d'autre part. Enfin, la troisième partie retrace la mise en place de la filière, et plus particulièrement du DES de santé communautaire et médecine sociale, de sa création jusqu'au début des années 1990. Cette partie s'attache à mettre en perspective les objectifs initialement identifiés lors de la création de la filière et les modalités effectives de mise en place de l'internat. Dans chaque partie, sont mis en valeur les enjeux soulevés par la création de la filière de santé publique, suivi de ceux qui ont accompagné sa mise en œuvre. Ces trois parties présentent les résultats de cette thèse sous la forme d'une description de l'évènement étudié, à savoir la création de la filière de santé publique. Une discussion, ajoutée

à la suite des résultats, permet d'apporter quelques éléments de réflexion pour analyser plus globalement les enjeux et l'évolution de la filière de santé publique.

III. Résultats

III. A. L'espace médical de la santé publique en France avant les années 1980 (période de 1968 – 1980)

Les années 1980 sont perçues comme une période de transition pour la santé publique en France. L'arrivée de violentes crises sanitaires comme l'affaire du sang contaminé ou l'apparition du sida impose à l'État d'intervenir pour garantir la santé de la population (Girard 2012). C'est d'ailleurs avec le développement de l'épidémie de sida que va apparaître la volonté des usagers de participer à l'organisation du système de santé. Les préoccupations liées au financement de la sécurité sociale émergent également à ce moment. L'ensemble de ces problématiques et prises de conscience va pousser l'État à mettre en place de nouvelles instances de santé publique. C'est donc au début des années 1980 que vont apparaître les agences sanitaires comme le Réseau national de santé publique (ancêtre de Santé publique France) ou l'Agence française du sang et l'Agence du médicament. C'est dans cette atmosphère que l'espace médical de la santé publique va se réorganiser pour passer d'un espace binaire partagé entre l'hygiène publique et l'administration au développement de nouvelles pratiques telles que la santé communautaire ou l'épidémiologie analytique.

III. A. 1. La santé publique dans les années 70 : des espaces médicaux distincts

Dans les années 1970, la santé publique, en France, est peu présente. En effet, par rapport à ses voisins européens ou aux pays d'Amérique du Nord, la France est en retard dans la constitution d'un espace de santé publique pluridisciplinaire. L'hygiène publique, développée à la fin du XVIII^{ème} siècle, est une des rares disciplines ayant une approche populationnelle

des problèmes sanitaires. La médecine préventive et sociale constitue également un sous-ensemble plutôt restreint de la santé publique est également au début des années 1980 avec, notamment, les centres de protection maternelle et infantile, institutions mises en place par l'État pour lutter contre la mortalité infantile (Thiaudière 2004). La santé publique est aussi présente dans l'administration grâce à l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) de Rennes, qui forme les médecins inspecteurs de santé.

« Même si la santé publique, habillée du mot d'hygiène, avait eu ses fondements au siècle précédent, à cette époque-là [début des années 1980], la santé publique était encore extrêmement balbutiante » entretien avec un ancien membre de l'administration

Deux « écoles » sont identifiées pour la formation en santé publique : l'école de Santé Publique de Nancy en hygiène sociale et l'école de Rennes (ENSP) pour l'administration de la santé. Dans les études de médecine, la formation en santé publique se fait au cours du troisième cycle, sous la forme d'un certificat d'études spécialisées (CES) « d'hygiène et d'action sanitaire et sociale » renommé CES de « médecine préventive, santé publique et hygiène » en 1981. Il n'existe donc pas d'internat de santé publique mais simplement une formation universitaire validante.

III. A. 1. i. L'hygiène comme discipline principale

La santé publique, en France, prend ses racines dans les mouvements hygiénistes, précurseurs de l'approche populationnelle. En effet, l'hygiène publique est le courant de pensée principal à la fin du XIX^{ème} siècle et il forgera les bases de la santé publique française (Girard 2012). Ce courant s'est initialement développé avec les plans de quarantaine, premiers modèles d'organisation sanitaire des villes mis en place au XVIII^{ème} siècle (Foucault 1977).

Historiquement, l'hygiène publique devient une spécialité médicale au début du XIX^{ème} siècle, elle permet d'articuler la clinique au champ politique (Pinell 2005).

L'hygiène est la discipline principale de la santé publique universitaire dans les années 1960 – 1970. A cette période, le Conseil Supérieur des Universités (CSU) réunit dans une même section, la section 46, trois sous-sections : l'hygiène et médecine sociale (46.01), la médecine du travail (46.02) et la médecine légale (46.03). Cette section se trouve dans le CSU des disciplines de santé (médecine, odontologie et pharmacie). A l'hôpital, l'hygiène est également bien représentée notamment avec le développement de l'étude et la prévention des infections nosocomiales (Le Rat et al. 2010).

III. A. 1. i. a. Développement de l'hygiène publique en lien avec l'urbanisation

Selon Michel Foucault, l'hygiène publique se développe en France à la fin du XVIII^{ème} siècle avec l'urbanisation. Avec le développement des grandes cités apparaissent les problèmes sanitaires de grande ampleur responsables d'une « panique urbaine » (Foucault 1977). Pour dominer cette panique, des mesures politico-sanitaires sont mises en œuvre. Les pouvoirs publics vont influencer l'organisation des dispositifs sanitaires et donc de la santé publique (Fassin 2008). C'est le début de l'hygiène publique et de la médecine urbaine. Les objectifs sont alors d'étudier les lieux d'accumulation des déchets qui génèrent et diffusent les phénomènes épidémiques, de contrôler la circulation de l'eau et de l'air et d'organiser les distributions des éléments nécessaires à la vie (eau potable, lavoirs, égouts...). C'est donc avec la médecine urbaine qu'apparaît la notion de salubrité qui aura une place importante dans le développement de la médecine sociale. La médecine urbaine, teintée de médecine sociale, va également permettre le dialogue entre la profession médicale et d'autres sciences voisines comme la chimie ou la physique. La pratique médicale s'introduit alors dans un corpus

scientifique qui s'intéresse aux conditions de vie ou au milieu d'existence. Selon Michel Foucault, « l'introduction de la médecine dans le fonctionnement général du discours et du savoir scientifique se fit à travers la socialisation de la médecine, l'établissement d'une médecine collective, sociale, urbaine » (Foucault 1977). C'est par l'intermédiaire de la médecine urbaine que s'établit le lien entre l'organisme et le milieu de vie.

III. A. 1. i. b. L'hygiène, une discipline hospitalo-universitaire bien implantée

Dès le début des années 1960, s'appuyant sur la réforme Debré, l'hygiène devient une discipline hospitalo-universitaire en intégrant le CSU de santé. Le premier professeur des universités – praticien hospitalier (PUPH) d'hygiène est nommé en 1961 à Rouen. Très vite, le recrutement d'enseignants en hygiène est interrompu, il reprendra en 1971 quand neuf agrégés seront nommés dans les facultés de médecine. Il faudra tout de même attendre la fin des années 1970 pour que, sous la pression du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHHPF) (Encadré 1), les hôpitaux soient amenés à créer des services d'hygiène, en lien avec les services administratifs (Le Rat et al. 2010).

Encadré 1 : Le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHHPF)

Le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France est créé en 1848 sous le nom de Comité Consultatif d'Hygiène Publique et devient CSHHPF en janvier 1906. Il prend son origine dans les Conseils d'hygiène publique et de salubrité départementaux qui sont chargés des « tables de mortalités » recensant les causes de décès. Le CSHHPF est un organisme consultatif, placé sous l'égide du ministère de la santé, chargé de donner son avis sur les questions relatives aux eaux minérales, aux programmes d'assainissement et sur les vaccinations obligatoires. Il est supprimé par la loi de santé publique de 2004 et ses missions sont transférées à l'actuel Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

Au début des années 1980, au moment de la réforme des études médicales et de la création de la filière de santé publique, la sous-section « hygiène et médecine sociale » du CSU est présidée par le professeur Jacques Monnier (Encadré 2). Ce dernier, proche des conseillers du

ministre de l'éducation nationale, sera fortement impliqué dans la construction de la filière de santé publique. C'est aussi Jacques Monnier qui sera un des enseignants à l'origine du transfert de l'hygiène de la section 46 « santé publique » à la section 45 « microbiologie et maladies transmissibles » dans les années 1980 (cf. III. B. 1. ii. c).

Encadré 2 : Biographie de Jacques Monnier

Jacques Monnier commence sa carrière en tant qu'hématologue à Toulouse. Devenu professeur de santé publique, il dirige le service d'hygiène hospitalière du CHU de Toulouse à la fin des années 1970. Reconnu et renommé, il est également le doyen de la faculté de médecine de Toulouse. Avec d'autres professeurs de santé publique, il publie un ouvrage fondateur pour la spécialité en janvier 1980 : « Santé publique. Santé de la communauté »¹. Président de la sous-section « hygiène et médecine sociale » du Conseil Supérieur des Universités, il sera un soutien important pour le développement de la santé publique dans les années 1980. Décédé au début des années 1980, il est remplacé à Toulouse par Jacques Pous.

Lors de la réforme hospitalière de 1970, l'hôpital voit son rôle diagnostique et thérapeutique ainsi que sa fonction de prévention mieux définis. C'est à ce moment que va émerger l'infection nosocomiale en tant que problème de santé publique qui questionne les pratiques hospitalières. Le champ d'action des hygiénistes, réduit par la disparition des maladies transmissibles classiques (syphilis, tuberculose...), va alors être transféré, à l'hôpital, sur la prévention des infections nosocomiales. Les professeurs d'hygiène vont largement œuvrer en ce sens afin de s'assurer un devenir au sein de l'espace hospitalo-universitaire. Pour ne pas manquer le « train de modernité », les hygiénistes vont peu à peu s'intéresser à la question de l'infection en milieu hospitalier et voir en ce problème le passeport idéal pour entrer à l'hôpital (*Ibid.*). L'urgence du développement de l'hygiène hospitalière est justifiée par Maurice Maisonnet, premier PUPH d'hygiène, dès 1966 : « une enquête épidémiologique

¹ « Santé publique. Santé de la communauté » ; Jacques Monnier, Jean-Pierre Deschamps, Jacques Fabry, Michel Manciaux, etc... ; Janvier 1980

simple, menée avec bon sens, est capable d'arrêter le drame, de ramener le sourire sur toutes les lèvres et l'espoir au chirurgien. Mais qui dans un hôpital dispose d'un temps suffisant pour se charger de cette tâche ? Qui peut démêler l'écheveau embrouillé des responsabilités où pourraient s'affronter les rivalités, les personnalités et même les différences de classes sociales. L'hygiéniste est le technicien disponible pour cette enquête. Médecin hospitalier spécialisé dans de telles études, il est le seul qui puisse avec impartialité accuser les individus, les habitudes, les locaux, d'une façon qui ne crucifie pas le chirurgien brillant, l'infirmière dévouée, l'administrateur attentif ou l'architecte créateur » (Maisonnet, Evreux et Maisonnet 1966).

III. A. 1. i. c. Le CES d'hygiène, seule formation de santé publique en médecine

Avant 1983, pour être médecin universitaire spécialiste de santé publique, la seule voie possible est d'effectuer le CES « d'hygiène et d'action sanitaire et sociale ». Il n'existe pas d'internat de santé publique mais seulement ce certificat universitaire. Les médecins de santé publique identifiés parmi les acteurs de la création de la filière, après avoir effectué l'internat dans une discipline clinique, ont fait ce CES afin de répondre aux critères d'obtention d'un poste hospitalo-universitaire qui leur était proposé au sein du CSU d'hygiène. L'un d'eux se rappelle le contenu du CES qu'il a effectué à la fin des années 1960 : « *le CES d'hygiène, c'était les grandes épidémies, [...] c'était l'hygiène de l'environnement et l'hygiène de l'habitation. Et dans la lutte contre les épidémies il y avait tout le problème des vaccinations, qui était à cheval entre la pédiatrie et l'hygiène, mais l'enseignement de la chaire d'hygiène c'était globalement ça. Alors on apprenait la taille des soupiroux, comment fonctionnaient les fosses septiques... mais c'était très orienté vers ça. Il n'y avait aucun enseignement en tant que tel de la sécurité*

sociale, l'organisation du système de santé, etc., on n'en parlait pas, et c'était un grand manque ».

Le terme de « santé publique » apparaît dans le troisième cycle de médecine en 1981, lorsque le CES est renommé CES de « médecine préventive, santé publique et hygiène ». CES qui sera supprimé par la réforme des études médicales, qui crée la filière de santé publique et le diplôme d'études spécialisées (DES) de « santé communautaire et médecine sociale ».

III. A. 1. ii. Des praticiens de santé publique au service de l'administration

Aux côtés de l'hygiène hospitalière, un autre espace de pratique est identifié pour les médecins de santé publique au moment de la création de la filière : la « *santé publique d'État* ». Ces médecins sont formés par l'École Nationale de Santé Publique située à Rennes et constituent le corps des médecins inspecteurs de santé.

III. A. 1. ii. a. Les médecins inspecteurs de santé

Les médecins inspecteurs de santé (MIS) s'inscrivent dans la lignée des inspecteurs départementaux d'hygiène créés par la loi de santé publique de 1902. Médecins fonctionnaires de l'État, leurs missions vont évoluer avec la structuration du système de santé. Le décret n° 73-417 du 27 mars 1973 relatif au statut particulier du corps des médecins inspecteurs de santé définit leurs missions : détermination des besoins de santé ; mise en œuvre, programmation et contrôle de la politique de santé ; inspection des activités médicales des établissements et des services sanitaires et médico-sociaux ; contrôle de la formation des personnels sanitaires. En 1979, les MIS sont définis comme des « techniciens de santé ». La maîtrise des dépenses de santé est alors ajoutée à leurs missions. Ils ont aussi la possibilité de

participer à la formation des médecins chargés d'actions de santé (Raimondeau et Bréchat 2002).

Les MIS sont spécialisés en santé publique, ils doivent être titulaires du CES d'hygiène et d'action sanitaire et sociale. Initialement les MIS étaient également chargés de la santé scolaire. C'est à la fin des années 1970 que le statut de médecin contractuel de santé scolaire temps plein est créé, distinguant les MIS des médecins scolaires. A cette même période, les MIS sont placés sous l'autorité administrative des directeurs de DDASS (direction départementale des affaires sanitaires et sociales) (*Ibid.*).

Les médecins de santé publique hospitalo-universitaires interviewés évoquent souvent la difficulté de positionnement des médecins inspecteurs de santé. L'un d'entre eux se rappelle la dévalorisation des MIS au sein de l'administration : « *Au ministère des affaires sociales quand j'y étais au début des années 80, certains appelaient les médecins de santé publique « les médecins papiers » ; ils ne sont pas docteurs et ils ne sont pas énarques, les « médecins papiers » ... On leur fait faire des expertises, ils inspectent, ils inspectent... ils font toute une série d'établissements, certains sont très savants d'ailleurs. Par rapport au terrain ils ont beaucoup d'autorité administrative, mais avec un statut... comment dire... on ne les considère pas tout à fait comme des vrais docteurs »* ; un autre médecin hospitalo-universitaire, plus jeune, va plus loin : « *le métier de médecin inspecteur de la santé était à mon époque jugé catastrophique, c'était les nuls de la médecine, ils n'avaient rien pu faire d'autre, ils se retrouvaient là* ». Un enseignant de l'ENSP explique ces jugements sévères par l'animosité des médecins envers l'administration : « *la troisième branche¹ c'était la santé publique que je qualifierais, à défaut d'autre terme, d'administrative, celle qu'on enseignait à l'ENSP, c'est-à-*

¹ Les « branches » citées précédemment étaient l'hygiène et l'épidémiologie.

dire pour les médecins ayant renoncé à soigner des malades et travaillant pour l'ennemi, le ministère de la santé ».

III. A. 1. ii. b. L'École Nationale de la Santé Publique (ENSP)

L'École Nationale de Santé Publique, située à Rennes depuis le début des années 1960, est une école de la fonction publique administrative. Aujourd'hui École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), elle est chargée de la formation des corps de fonctionnaires agissant dans le champs sanitaire et social comme les directeurs d'hôpitaux, les médecins de l'éducation nationale ou les médecins inspecteurs de santé.

Au début des années 1980, le ministère de la santé demande au professeur Bernard Pissarro d'effectuer un rapport sur les missions de l'ENSP. Le rapport intermédiaire, rendu en juillet 1982 expose les objectifs généraux et les modalités de la formation en santé publique que doit assurer l'ENSP (Encadré 3). Ce rapport ne sera jamais finalisé.

Encadré 3 : Objectifs et contenus de la formation des professionnels de santé publique par l'ENSP, Rapport intermédiaire sur les missions de l'ENSP, B. Pissarro, Juillet 1982, archives nationales

Extrait du rapport intermédiaire sur les missions de l'ENSP, Bernard Pissarro, 8 Juillet 1982, archives nationales

« La formation des professionnels doit leur permettre de répondre aux grandes orientations de la politique sanitaire et sociale :

- S'appuyer sur une définition rigoureuse des besoins
- Définir des priorités permettant de réduire les inégalités et d'améliorer le niveau de santé de la collectivité
- Assurer la participation de tous aux choix des priorités, à la définition des objectifs et à l'évaluation des résultats.

Il s'agit donc de former des professionnels, qui, au travers de leur rôles très divers dans le système de santé, investis de responsabilités professionnelles importantes, impliquant initiative et décision, seront capables de résoudre des problèmes de santé auxquels ils auront à faire face.

Ils auront en particulier à :

- Assurer la pertinence de leur démarche,
- Avoir un regard critique sur les pratiques en développant notamment une réflexion sur ce qu'est la santé par rapport aux structures et à leur fonctionnement, et à l'image psychosociale qu'en ont professionnels et usagers,

- Prendre en compte la dimension individuelle et collective des problèmes de santé,
- Participer à la formation en santé publique des autres acteurs sociaux,
- Susciter et participer à des actions de recherche.

Ils devraient donc acquérir les connaissances, les aptitudes et les comportements leur permettant

- De résoudre les problèmes de santé en s'appuyant sur les sciences de la santé communautaire (épidémiologie, sociologie, économie, sciences de la communication, etc...) en utilisant l'ensemble des méthodes et techniques nécessaires à l'établissement de programmes et à leur mise en œuvre
- De travailler en équipe interprofessionnelle et, au-delà, d'assurer un véritable dialogue entre professionnels et usagers

La formation consiste donc en un bagage méthodologique complet (planification en santé, utilisation de l'information, maîtrise des techniques de communication, stratégie des prises de décision, management) associé à un axe plus technique sur certains contenus ciblés (santé de certaines populations, problèmes d'environnement, législation...).

[...]

Il n'y a bien sûr pas de contradiction entre la maîtrise de la méthodologie et celle des contenus et des techniques, mais devant leur ampleur, la tentation est grande de les privilégier face à la méthodologie (alors que celle-ci permet de les acquérir facilement en tant que de besoin pour faire face aux problèmes rencontrés et pour les recentrer dans le champ de la santé publique) »

* Les encadrés respectent la mise en forme des archives : les parties soulignées, en gras ou en italique le sont sur le document référencé.

Dans les entretiens, les enquêtés, quel que soit leur lien avec l'ENSP, font état de relations tendues entre les universitaires et l'école de Rennes. Un enseignant de l'école de Rennes parle du mépris des universitaires envers l'ENSP : « *l'école était considérée avec beaucoup de mépris par la majorité des universitaires qui en connaissaient l'existence* » ; un enseignant hospitalo-universitaire partage également ce point de vue : « *l'école de Rennes a toujours eu un petit... comment dire... ils se sentaient un peu sous-estimés par les universitaires, [...] ils ont toujours eu un peu un complexe par rapport aux universitaires, puisque les enseignants de l'école de Rennes n'étaient pas des universitaires, c'était un corps professoral interne à l'école et les universitaires pouvaient être méprisants vis-à-vis d'eux* ».

III. A. 2. La construction d'un domaine de santé publique en médecine par l'apparition de nouvelles pratiques

A partir des années 1960 – 1970, les médecins de santé publique hospitalo-universitaires vont s'approprier de nouvelles disciplines. Une nouvelle génération de médecins va, le plus souvent après une expérience à l'étranger, développer en France des disciplines comme la santé communautaire, l'épidémiologie analytique ou l'informatique médicale. D'autres disciplines de la santé publique se développent à la même période comme l'économie de la santé ou la sociologie de la santé. Moins investies par les médecins hospitalo-universitaires, ces disciplines apparaissent plutôt dans le champ académique non médical.

III. A. 2. i. Pratique de la santé communautaire

Le concept de « santé communautaire » fait son apparition en France dans les années 1970 sous l'influence du Québec. Il sera particulièrement développé par les associations du champ sanitaire et social et les municipalités qui mettent en œuvre des approches communautaires au profit des populations vulnérables (Jourdan et al. 2012). Par définition, une action est dite communautaire lorsqu'elle « concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane d'experts ou non, internes ou externes à la communauté » (Institut Théophraste Renaudot 1998). Dans l'espace médical, la santé communautaire est développée principalement par le service de médecine préventive et sociale de l'hôpital Saint Antoine. Les professeurs Bernard Pissarro (Encadré 4) et François Canonne, tout juste revenu du Québec, s'inspirent des travaux de réforme du système socio-sanitaire québécois pour développer l'approche communautaire en santé. Cette discipline sera également très investie par les médecins de santé publique de Nancy, berceau de la

médecine sociale en France. L'équipe de Nancy est à cette époque dirigée par Michel Manciaux, médecin de santé publique hospitalo-universitaire, proche de Bernard Pissarro. Dans cette équipe, Jean-Pierre Deschamps, nommé à un poste hospitalo-universitaire de santé publique à 32 ans, a beaucoup participé à développer la médecine préventive et sociale et la santé communautaire, notamment dans l'enseignement de santé publique.

Encadré 4 : Biographie de Bernard Pissarro

Au début des années 1980, le Professeur Bernard Pissarro est chef du service de médecine préventive et sociale de l'hôpital Saint Antoine. Après un internat des hôpitaux de Paris orienté en psychiatrie et pédiatrie, il devient le premier chef de clinique assistant (CCA) de pédiatrie en 1962. Il est également le premier président de l'intersyndicat des chefs de clinique (INCCA). Il entre dans la discipline d'hygiène hospitalière en 1967 suite à l'obtention d'un poste d'assistant chez le Professeur Boyer dans une unité de recherche en hygiène mentale de l'enfance et de l'adolescence grâce à un collègue de l'INCCA. Il est ensuite nommé PUPH de santé publique à Saint Antoine. Il est responsable du centre médico-psycho-pédagogique pour la valence hospitalière de son poste mais garde une activité extra-hospitalière notamment à la DDASS. En 1982, il intègre le projet de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « la santé pour tous en l'an 2000 » : il est membre du groupe de travail « promotion de la santé » et participe à la préparation de la Charte d'Ottawa.

Avec d'autres médecins de santé publique, plus jeunes, ils mettent en place des enseignements pour former les professionnels de santé ou du social à la mise en place et l'évaluation d'actions de santé communautaire. Ils développent l'approche populationnelle en santé en apprenant aux professionnels à évaluer l'état de santé de la population de leur « secteur de responsabilité » et à adapter leurs interventions au contexte spécifique dans lequel elles s'inscrivent (Gottot et al.). Au début des années 1980, le département de santé publique de la faculté de médecine de Bichat, influencé par les travaux du service de Saint Antoine, met en place une formation de trois mois consacrée aux méthodes de travail utilisées en santé communautaire à destination des professionnels de santé. Cette formation permettra par la suite aux internes de la filière de santé publique de valider l'option « santé communautaire » (*Ibid.*) (Encadré 5).

Extrait de « Un enseignement de méthodes pour la santé communautaire », Gottot S., Brodin M., Lombrail P., Foulon G., Fontaine A., Topuz B., Baba-Moussa A., Coulaud J.P.

« Cette formation n'a pas la prétention de former des « spécialistes » de santé communautaire. Les objectifs sont au nombre de quatre :

1. Savoir animer une équipe de santé et entreprendre des actions communautaires, **c'est-à-dire apprendre à communiquer.**
2. Savoir évaluer la situation sanitaire d'un secteur, **c'est-à-dire apprendre à rechercher, recueillir et analyser des informations sanitaires.**
3. Savoir diriger une institution sanitaire, **c'est-à-dire apprendre à organiser et gérer des services.**
4. Savoir, pour une communauté urbaine ou villageoise :
 - Définir des priorités, parmi les besoins sanitaires,
 - Élaborer un programme d'action,
 - Définir des critères d'évaluation, **c'est-à-dire apprendre le processus de planification communautaire.** »

* Les encadrés respectent la mise en forme des archives : les parties soulignées, en gras ou en italique le sont sur le document référencé.

Cette discipline a du mal à se développer dans le monde hospitalo-universitaire. Les financements alloués pour la recherche en santé communautaire sont faibles et l'hôpital ne perçoit pas l'intérêt de développer des actions auprès des habitants plutôt que des patients. Quatre des interviewés, passés par le service de Saint Antoine pendant leur formation ou leur carrière et proches de la santé communautaire, regrettent que cette approche, défendue « *bec et ongles* » par Bernard Pissarro pendant 40 ans, soit restée « *marginale* » dans l'espace de la santé publique française.

III. A. 2. ii. *L'avènement de l'épidémiologie analytique*

L'épidémiologie analytique va se développer principalement à l'Institut National d'Hygiène (INH) puis à l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) grâce à des chercheurs en statistique médicale. L'INH est créé par le gouvernement de Vichy en 1941 sous l'impulsion de la *Rockefeller Foundation* et de quelques « mandarins » français. Il est organisé

en quatre sections : nutrition, hygiène, maladies sociales (cancer, tuberculose, alcoolisme...) et épidémiologie (« L'institut national d'hygiène / De l'INH à l'Inserm »). Le nombre et les domaines de recherche de ces sections va largement augmenter jusque dans les années 1960. Le 18 juillet 1964, l'INH est transformé en un nouvel établissement organisé autour de la recherche biomédicale : l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

La section épidémiologie de l'INH est initialement dirigée par Alice Lotte. Elle est chargée des statistiques de mortalité et met en œuvre des travaux d'épidémiologie descriptive des pathologies aggravées par la guerre (diphthérie, typhus, rougeole, scarlatine). La multiplication du nombre de sections dans les années 1960 motive la création de la Division de la Recherche Médico-Sociale (DRMS) qui a pour objectif d'informer les décideurs politiques du développement des pathologies et de développer la recherche en santé publique. La DRMS rassemble les sections étudiant la fréquence et la distribution des maladies considérées comme relevant de la santé publique : cancer, maladies transmissibles, maladies psychiatriques, tuberculose... En 1961, la DRMS est regroupée au Vésinet sur un grand campus récemment inauguré par le ministre de la santé en place (« Centre Inserm Le Vésinet »). Surnommées « les dames du Vésinet », les équipes de la DRMS sont constituées principalement de femmes. Elles ont recours à des moyens informatiques très performants pour l'époque et apportent leur soutien aux autres sections de l'INH devenu Inserm. La recherche en santé publique a donc commencé à se développer loin des grands hôpitaux parisiens (Berlivet 2008).

A la fin des années 1960, l'approche populationnelle de la DRMS est progressivement remplacée par un autre type de recherche : l'épidémiologie analytique et principalement les essais cliniques randomisés développés par Daniel Schwartz (Encadré 6). Conscient de l'intérêt

pour les chercheurs de se rapprocher du corps médical, Schwartz incite son équipe à travailler sur les applications en médecine des statistiques dans trois domaines : l'épidémiologie, les essais cliniques et les expériences en laboratoire. Ces travaux inciteront des jeunes polytechniciens mais aussi une nouvelle génération d'étudiants en médecine à s'associer à l'unité 21 de Daniel Schwartz et étudier la statistique médicale, formant ainsi « l'école de Schwartz » ou « l'école de Villejuif ». A partir des années 1970, si Daniel Schwartz continue de travailler sur le cancer du poumon, ses élèves fondent leurs recherches sur d'autres pathologies telles que les maladies cardiovasculaires, la santé sexuelle, la pédiatrie ou l'obstétrique. Mais, bien que les domaines de recherche de l'unité 21 s'élargissent, les études de l'équipe de Schwartz restent centrées sur les aspects médicaux de la santé publique. Néanmoins, les travaux de l'école de Schwartz prennent une place très importante dans l'histoire de l'Inserm, si bien que ce dernier est considéré comme le « père de la biostatistique française et de l'épidémiologie moderne » (Alberti 2020).

Encadré 6 : Biographie de Daniel Schwartz

Daniel Schwartz, diplômé de l'École Polytechnique, devient « ingénieur des tabacs » en 1939. C'est auprès du Service d'Exploitation Industrielle des Tabacs et Allumettes qu'il développe ses connaissances en statistiques et probabilités en tentant d'expliquer la prolifération de la mosaïque du tabac, maladie virale qui décimait les champs de tabac. En 1954, sous l'influence de son oncle, Robert Debré, Schwartz s'associe au cancérologue Pierre Denoix, directeur de l'hôpital Gustave Roussy, pour tenter de mettre en évidence l'association entre la consommation de tabac et l'apparition de cancer, notamment pulmonaire. Cette collaboration permettra à Daniel Schwartz d'être embauché par l'institut Gustave Roussy en tant que chef des services statistiques à partir de 1959. C'est dans cet hôpital qu'il monte sa propre unité de recherche, « l'unité 21 » de statistique médicale, l'année suivante, et rejoint l'INH. Sa réputation lui vaudra d'être nommé professeur de statistiques médicales à la faculté de médecine de Paris en 1968, titre rare pour un non-médecin. Daniel Schwartz est décédé en septembre 2009. (Berlivet 2008; Griset et al. 2020)

Effacée par l'épidémiologie analytique de Schwartz et trop éloignée de la vision du directeur général de l'Inserm de l'époque, Constant Burg, qui souhaite mettre en avant la recherche

biomédicale, la DRMS est dissoute en 1977 (Berlivet 2008 ; Alberti 2020). Un seul interviewé évoque le Vésinet lorsqu'il parle de la construction du champ de l'épidémiologie. Ce médecin du service de Saint-Antoine, parle d'ailleurs d'une transition soudaine de l'épidémiologie descriptive du Vésinet à l'école de Villejuif : « *A Villejuif, des statisticiens, et parmi eux des anciens élèves de l'École Polytechnique dont Daniel Schwartz, appliquaient les méthodes de la statistique à la santé publique. Les épidémiologistes qui servaient, eux, le champ de l'épidémiologie descriptive ont vu leurs travaux en quelque sorte balayés par l'approche statistique [...] A la même époque il y avait, au Vésinet, une unité importante de l'Inserm dont est issu un manuel généraliste en épidémiologie descriptive, coordonné par Claude Rumeau-Rouquette. Cet ouvrage n'est pas resté comme celui de Daniel Schwartz qui a eu de nombreux disciples dans le champ de la statistique puis, au côté de François Grémy, de l'informatique médicale* ». Ce n'est réellement qu'à cette période que le terme « d'épidémiologie » est introduit en France, pour déterminer l'ensemble des activités de l'unité 21 (Lazar 2020). Daniel Schwartz, par sa place prépondérante dans le paysage de la recherche en santé publique de l'époque, va former un grand nombre de médecins à la statistique médicale notamment par le biais du CESAM (Centre d'Enseignement de la Statistique Appliquée à la Médecine) qu'il crée à Paris. Ces enseignements seront repris pour la construction de la formation en santé publique en médecine dans les années 1980.

III. A. 2. iii. Le développement de l'informatique médicale

En parallèle de l'école de Schwartz, François Grémy (Encadré 7) développe un autre pôle d'épidémiologie et de santé publique dans son service à la Pitié-Salpêtrière. Il fonde la première unité de recherche de l'Inserm consacrée à l'informatique médicale, qu'il dirige pendant treize ans de 1968 à 1982 : l'U88 « Informatique en milieu médical et hospitalier ». François Grémy et son équipe commencent par développer l'informatique médicale, puis,

conscients que leur statut de médecin leur permet d'élargir leur champ de compétence, ils se tournent progressivement vers l'épidémiologie et la santé publique. Un des élèves de François Grémy évoque ce passage de l'informatique médicale à la santé publique : *« j'ai très vite compris [...] que c'était une impasse complète, qu'on n'avait pas besoin d'être médecin pour faire de l'informatique, y compris à l'hôpital ou en santé, qu'il y avait d'excellents ingénieurs et que c'était idiot, qu'il fallait que j'ouvre mon champ de travail, d'ailleurs c'est ce qui m'intéressait, sur la santé publique en général. Donc j'ai fait partie avec quelques-uns, Marcel Goldberg à Paris, Grémy lui-même, de ceux qui de l'informatique médicale se sont orientés vers la santé publique ».*

Encadré 7 : Biographie de François Grémy

François Grémy est un ancien interne des hôpitaux de Paris diplômé en 1958. Spécialisé en biophysique, il obtient son premier poste de professeur à la faculté de médecine de Tours. Il revient à Paris au début des années 1960 où il sera professeur de biophysique à la Pitié-Salpêtrière et entreprendra des études de statistiques et de probabilités. Il fonde l'U88 dans ce même hôpital en 1968, première unité de recherche Inserm consacrée à l'informatique médicale. En 1970, il devient professeur de biostatistique et informatique médicale et dirige le service d'informatique médicale des hôpitaux de Paris. Membre de la commission Seligmann chargée de la réforme des études médicales, il participe activement à la création de la filière de santé publique au sein de médecine. A partir de 1984, il finit sa carrière à Montpellier où il sera chef du service d'économie médico-hospitalière et actions préventives du CHU (Centre Hospitalo-Universitaire). A cette période, il est également membre du conseil scientifique du PMSI et participe à sa mise en place dans les hôpitaux. François Grémy est décédé en juillet 2014. (« François Grémy / Histoire de l'Inserm »)

Le laboratoire de François Grémy est divisé en deux branches : « mathématique, informatique et biostatistique » d'un côté et « épidémiologie, santé publique » de l'autre. Il accueille beaucoup de jeunes médecins, attirés par les mathématiques ou l'informatique, pour qui se former auprès de Grémy, lui-même médecin hospitalo-universitaire, est plus facile qu'intégrer une unité de recherche. L'équipe de Grémy est également constituée de chercheurs qui, après avoir fait de grandes écoles comme l'École Centrale ou Polytechnique, souhaitent devenir médecins. C'est à l'école de François Grémy que sont formés Marcel Goldberg (Encadré 8) et Roger Salamon (

Encadré 9), tous deux coordinateurs du DES de médecine sociale et santé communautaire dans leurs villes respectives (Paris et Bordeaux) (Alberti 2020).

Marcel Goldberg obtient son doctorat de médecine en 1972 puis effectue un 3^{ème} cycle de mathématiques appliquées et d'informatique. Il intègre l'unité 88 de François Grémy au milieu des années 1970 en tant que chef de travaux – assistant des hôpitaux en biomathématiques, statistique et informatique médicale. Il reprend la direction de l'U88, renommée « santé publique et épidémiologie sociale et économique », après le départ de François Grémy en 1983. C'est sous sa direction que l'unité de recherche est délocalisée à Saint Maurice, à proximité du Réseau National de Santé Publique. Il travaille avec EDF-GDF et est à l'origine de la cohorte « Gazel » composée de 15 000 hommes et 5 500 femmes agents d'EDF-GDF suivis depuis 1989. Marcel Goldberg est aujourd'hui professeur émérite à l'université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines. (« Marcel Goldberg / Histoire de l'Inserm »)

Roger Salamon est initialement diplômé de l'École Normale Supérieure de Cachan, il intègre l'unité 88 de François Grémy en tant qu'ingénieur. Il devient docteur en médecine à la faculté de la Pitié-Salpêtrière en 1976. Nommé PUPH et chef du service de santé publique au CHU de Bordeaux l'année suivante. Il crée l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED) en 1989 qu'il dirige de 1997 à 2005. En 1990, il crée et dirige l'unité Inserm 330 « épidémiologie, santé publique et développement » qui sera une des premières unités Inserm à intégrer l'épidémiologie à son intitulé. Il préside le Haut Conseil de la santé publique entre 2011 et 2017. (« Roger Salamon / Histoire de l'Inserm »)

Conclusion

Le début des années 1980 voit donc plusieurs approches très différentes émerger dans l'espace médical de la santé publique. Différentes structures de recherche, institutionnelles ou hospitalières vont pousser au développement ou, au contraire, entraver le développement de nouvelles pratiques. Pourtant, par l'investissement de ces nouvelles disciplines commence à poindre l'idée de constitution d'un champ disciplinaire défini et circonscrit. Des médecins mais aussi des non-médecins, souvent issus de grandes écoles d'ingénieurs, souhaitant développer autre chose que l'hygiène, vont donc investir l'espace médical de la santé publique. Ils vont ainsi être mis à contribution pour construire la formation en santé publique des étudiants en médecine. Ces médecins, le plus souvent hospitalo-universitaires, bien implantés dans de grands services hospitaliers et proches du monde politique ont été les

initiateurs de la création de la filière « santé publique » de l'internat de médecine créée par la réforme des études médicales du début des années 1980.

III. B. La création d'une filière médicale « santé publique » dans l'internat de médecine (1980 – 1984)

La filière de santé publique de l'internat de médecine a été créée officiellement par la loi du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques. Mais cette création est l'aboutissement de nombreux travaux préliminaires. Tout d'abord, les initiateurs vont œuvrer pour modifier l'espace médical de la santé publique afin d'y faire valoir une nouvelle vision de la santé publique en France, qui s'éloigne de celle centrée sur l'hygiène hospitalière. Cette nouvelle vision, associée à l'idée d'une formation différente à la santé publique en médecine est ensuite portée auprès des décideurs politiques et universitaires. Par cet appui politique, la formation en santé publique est introduite dans le projet de réforme des études médicales élaboré par Maxime Seligmann à partir de 1981. Ce projet de réforme s'inscrit dans un long travail législatif issu des revendications de mai 1968 et accéléré par une volonté européenne d'harmoniser les études médicales entre les états membres. Ensuite, les initiateurs vont être mobilisés pour participer aux travaux de préparation de la réforme des études médicales et notamment dans la rédaction du « rapport Seligmann », texte de référence pour la future loi du 23 décembre 1982. Cette loi a pour objectif principal de revaloriser la médecine générale et de mettre en place un mode d'entrée commun dans le troisième cycle afin d'harmoniser la formation en médecine. La création de la filière de santé publique dans le troisième cycle des études médicales est une de ses mesures. Cette filière reprend plus ou moins fidèlement les idées développées par les initiateurs pour une nouvelle formation en santé publique en France.

III. B. 1. Modifier l'espace médical de la santé publique pour faire entendre une nouvelle voix

L'apparition de la filière de santé publique dans la réforme des études médicales ne s'est pas faite par hasard. Un travail important de préparation a été réalisé par les initiateurs pour faire naître l'idée d'un nouveau type de formation en santé publique. Ce travail préliminaire commence par l'élaboration de nouveaux liens entre les acteurs de la santé publique sur la base d'expériences ou d'intérêts communs. Ces alliances et réorganisations vont permettre aux initiateurs de construire un plaidoyer unique pour s'adresser ensuite aux décideurs.

III. B. 1. i. Un rapprochement entre les acteurs...

Au milieu des années 70, la santé publique en France commence à se structurer. Chaque discipline contributive est identifiée avec son domaine de compétence et ses acteurs (cf. III. A). Certains médecins hospitalo-universitaires vont alors commencer à créer des liens entre eux, avec les médecins cliniciens et avec d'autres professionnels de la santé publique (statisticiens, sociologues ou économistes) selon leur domaine de compétence.

III. B. 1. i. a. Élaborer des travaux communs à plusieurs disciplines

Les alliances des hospitalo-universitaires de santé publique avec d'autres disciplines ou d'autres praticiens vont s'effectuer selon deux directions : une première au sein de la médecine, avec les cliniciens, et une seconde en dehors de l'hôpital avec des unités de recherche travaillant sur la santé.

Le rapprochement entre santé publique et cliniciens se fait sur l'approche méthodologique. En effet, par le développement de la recherche à l'hôpital, les cliniciens recherchent des « *outilleurs* » pour les aider dans leurs travaux de recherche en épidémiologie. Dans les entretiens, le service du Pr Grémy au sein de La Pitié-Salpêtrière est cité plusieurs fois pour

avoir travaillé avec des cliniciens. Ces alliances entre chercheurs et cliniciens s'opèrent en fonction de différentes thématiques correspondant aux disciplines cliniques : épidémiologie des maladies cardio-vasculaires à l'hôpital Broussais et à Toulouse, épidémiologie des maladies infectieuses et tropicales à La Pitié-Salpêtrière, épidémiologie des cancers à Villejuif avec les oncologues de l'institut Gustave Roussy, etc... L'épidémiologie est mise en valeur grâce à des applications particulières en médecine.

Le développement de la recherche en médecine, impulsé par la réforme Debré, va aussi faire apparaître l'enseignement de la statistique. Les hospitalo-universitaires de santé publique sont alors amenés à enseigner ces méthodes aux étudiants en médecine. Ils font appel aux statisticiens de l'Inserm pour mettre en place des cours de santé publique. Ces cours, axés sur la méthodologie, reprennent les parcours d'enseignements de l'Inserm suivis initialement par les hospitalo-universitaires de santé publique. En effet, selon les interviewés, avant la construction des enseignements de santé publique en médecine, le seul moyen de se former à la statistique en France était de suivre les formations de l'Inserm. Pour l'un d'eux « *les gens qui formaient, c'était les gens de l'Inserm* », pour un autre « *l'Inserm contribuait beaucoup en formation épidémiologique et statistique à l'époque* ». Le rapprochement entre hospitalo-universitaires de santé publique et statisticiens se serait donc principalement fait grâce au développement de la recherche et de l'enseignement méthodologique en médecine.

« Il y a eu, à Paris en tout cas, un lien très fort entre ce qu'il se passait à l'université, qui était plutôt le décollage de l'expertise en santé publique, et l'Inserm qui avait les doctorants et qui contribuait beaucoup en formation épidémiologique et statistique à l'époque. » entretien avec un HU (Hospitalo-Universitaire) nommé dans les années

1980

Le département de santé publique de Saint Antoine est identifié par plusieurs acteurs interviewés comme un lieu où se développe la pluridisciplinarité. Des travaux de recherche

commun avec des sociologues, des économistes ou encore des géographes de la santé sont mis en place. Les médecins de l'équipe vont solliciter des chercheurs en dehors de l'hôpital et du champ médical :

« A Saint Antoine on a été dans les premiers à travailler avec des sociologues, avec des économistes, on avait monté une recherche sur les conditions de santé avec des économistes, là aussi personne n'avait jamais travaillé avec des économistes de la santé [...]. Il y avait des sociologues et y avait un épidémiologiste nouvelle manière. C'était la première fois que se déroulait une recherche pluridisciplinaire sur différents thèmes. » entretien avec un médecin titulaire du service de Saint Antoine

Le rapprochement de ces médecins avec les sociologues de la santé est souvent évoqué par les interviewés. Pour l'une d'entre elle s'est créée à ce moment « *une espèce d'entente tacite entre certains médecins hospitaliers, qui étaient un peu en rupture [...] et les sociologues, qui commençaient à développer la sociologie de la santé* ». Évoquant les débuts de la sociologie de la santé, elle parle d'une « *alliance* » permettant de « *s'appuyer les uns sur les autres, de se consolider les uns les autres* ». Les sociologues de la santé sont également sollicités pour former les étudiants en médecine sur la méthodologie qualitative et les outils en sociologie.

Des alliances entre médecins hospitaliers de santé publique et professionnels, chercheurs ou médecins, d'autres disciplines se développent donc au fur et à mesure que l'espace médical de la santé publique se structure. Le rapprochement de ces différents acteurs se fait grâce au développement de la recherche en médecine d'une part, et aux demandes de formation des étudiants en médecine par les facultés d'autre part. Certaines disciplines comme l'épidémiologie, la sociologie de la santé ou l'économie de la santé vont, elles aussi, connaître une structuration de leur champ à cette période ce qui permet de faciliter les rapprochements avec les médecins hospitaliers de santé publique qui souhaitent développer leur champ disciplinaire.

III. B. 1. i. b. Rapprocher les différentes pratiques de la santé publique en médecine

Les lieux de santé publique sont clairement identifiés par les enquêtés : « *il y avait les 2 labos parisiens, de Grémy et Schwartz, [...] il y a Salamon qui a été nommé dans les années 80 à Bordeaux, [...] Manciaux à Nancy, Monnier à Toulouse... [...] à Marseille il y avait un professeur...* », « *Schwartz était à l'Inserm [...]. Et puis il y a Grémy aussi, lui c'est un universitaire [...] comme Schwartz, il est plutôt épidémiologiste. [...] En santé communautaire, il y avait principalement Pissarro à Saint Antoine mais aussi Manciaux, Jean-Pierre Deschamps, Guillemin à Nancy ; à Toulouse il y avait une équipe menée par Jacques Pous* ». Bien que ces espaces semblent être distincts les uns des autres, des liens vont se créer entre eux.

Les premiers rapprochements se font grâce aux disciplines. D'un côté entre les épidémiologistes des équipes des professeurs Grémy et Schwartz et d'un autre côté depuis le service de santé communautaire de Saint Antoine, souvent nommé par les interviewés comme un lieu central de santé publique à cette période qui a eu une influence sur d'autres services hospitaliers de santé publique de la région parisienne. En effet, en développant la santé communautaire, le service de Bernard Pissarro apporte une vision différente de la santé publique de celle de l'hygiène et cette nouvelle approche va fortement influencer les jeunes assistants de santé publique.

« Dans la période 79-82 j'étais assistant, et je me souviens que l'équipe avec laquelle on fonctionnait c'était une équipe à l'hôpital Saint Antoine, dirigée par Bernard Pissarro, et [...] François Canonne qui revenait du Québec en disant : « c'est merveilleux, ils ont une santé communautaire ». Tous ceux qui étaient un peu plus jeunes, qui n'étaient pas convaincus par l'hygiène et qui avaient envie d'innover, se retrouvaient là. Donc avec cette équipe j'ai beaucoup travaillé, elle m'a beaucoup aidé à modifier les enseignements pour les étudiants en médecine. » entretien avec un HU nommé dans les années 1980

Ensuite, les rapprochements se font entre les différents universitaires. En effet, les médecins hospitalo-universitaires de santé publique sont peu nombreux à cette période, ce qui leur permet de se connaître et d'échanger plus facilement. Pour l'un des interviewés, la santé publique est « *un tout petit monde* » où « *on se connaissait tous* ». Plusieurs tentatives de rapprochement entre les universitaires de santé publique sont d'ailleurs évoquées par les enquêtés. L'un d'eux parle d'une volonté de créer quatre instituts de santé publique dans quatre villes différentes, projet qui sera finalement enterré lors du passage de la droite après Mitterrand :

« Il y a eu un petit mouvement parmi les enseignants de santé publique pour essayer de faire créer quatre instituts de santé publique. Un à Paris, un à Bordeaux, un à Nancy et le troisième à Lyon, Marseille ou Toulouse, je ne me souviens plus. Il y avait un rapport pour créer ces quatre instituts. Ce rapport a ensuite été enterré par la droite. » entretien avec un HU nommé dans les années 1980

D'autres alliances vont se créer grâce aux similitudes de parcours. En effet, les initiateurs appartiennent tous initialement à une autre spécialité médicale que la santé publique et se sont redirigés vers la santé publique au cours de leur carrière. Comme le souligne un des interviewés, ces premiers acteurs sont issus pour la plupart de spécialités « *populationnelles* » telles que la pédiatrie, la gériatrie ou la psychiatrie. Ces expériences apportent aux initiateurs une approche semblable dans leur pratique clinique, différente de celle construite autour d'un organe, ce qui facilite leur rapprochement. Les « *plus jeunes* », eux, vont s'allier sur la base d'une expérience commune à l'étranger. En effet, plusieurs jeunes assistants sont allés se former à l'étranger et découvrent une formation différente de celle développée en France. De retour en France, ils vont s'allier par la même volonté de créer quelque chose d'équivalent. Ce rapprochement donnera lieu à la construction d'un plaidoyer auprès des universitaires de la génération précédente.

« Finalement, à cette époque, on s'est retrouvé une dizaine de plus jeunes, disons-le comme ça par rapport aux anciens, qui avions été au Québec, aux États-Unis, etc., formés sur des méthodes très différentes de nos prédécesseurs. On s'est dit : «il faut qu'on crée la spécialité de santé publique en France ou l'équivalent ». Alors ces plus jeunes étaient soit comme moi dans le monde universitaire ou dans le monde Inserm »

entretien avec un HU nommé dans les années 1980

Pour résumer, l'ensemble des liens et relations cités dans les entretiens sont schématisés dans la Figure 1. Cette cartographie regroupe l'ensemble des acteurs de la création de la filière cités lors des entretiens, elle ne se veut donc pas exhaustive. Elle permet de mettre en valeur les lieux d'exercice de la santé publique essentiellement dans l'espace médical avec la place prise par de grands CHU parisiens comme La Pitié-Salpêtrière où Saint Antoine qui regroupent de nombreux acteurs de la création de la filière de santé publique. Ces deux CHU ont deux activités très différentes : l'informatique médicale à La Pitié-Salpêtrière et la santé communautaire à Saint Antoine. Les membres de l'équipe de Saint Antoine proviennent initialement de l'hygiène hospitalière et sont, pour la plupart, d'abord nommés PUPH en hygiène publique puis vont se tourner vers une autre forme de pratique qu'est la santé communautaire. L'Inserm et principalement l'école de Schwartz est également très identifiable parmi les lieux d'exercice de la santé publique pour son investissement en épidémiologie. Les acteurs des trois espaces de pratiques forment des liens d'influence et de collaboration importants notamment autour de trois personnages principaux identifiés par les interviewés : Daniel Schwartz, François Grémy et Bernard Pissarro. François Grémy a des relations avec de nombreux acteurs de la création de la filière de santé publique, tant avec les autres médecins qu'avec les statisticiens ou les administrateurs. A côté de ces trois espaces de pratique de la santé publique, l'administration joue un rôle important dans la création de la filière de santé publique. Les acteurs de la création de la santé publique des trois grands espaces de pratique identifiés ont, pour beaucoup, des liens avec des responsables politiques.

D'autres acteurs vont s'associer aux administratifs pour mener des travaux en lien avec leur nouvelle pratique de la santé publique ou relatifs à la formation en santé publique et la filière. Cette cartographie permet également d'illustrer la place prépondérante des acteurs parisiens par rapport aux autres localités.

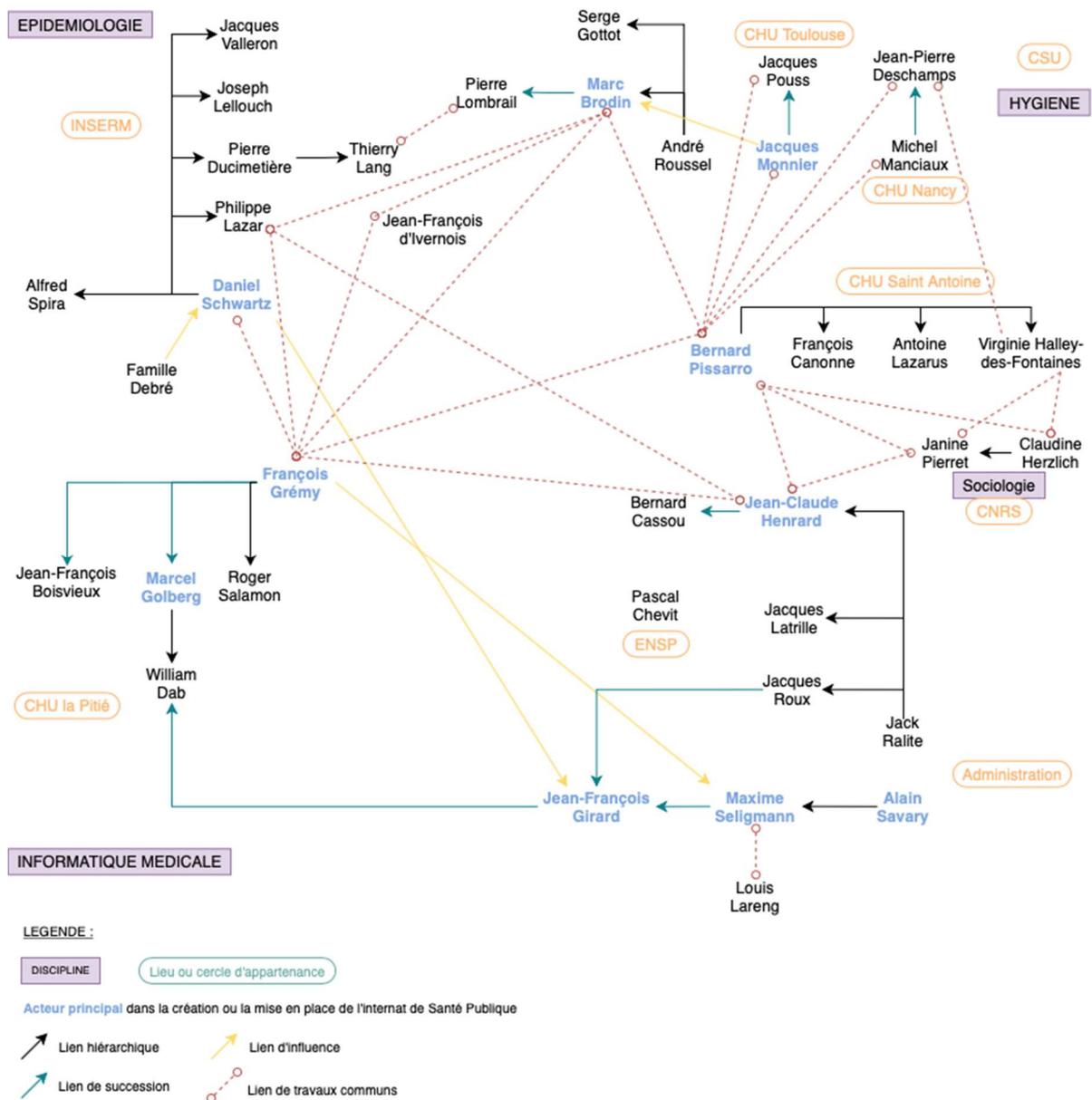


Figure 1 : Cartographie des acteurs de la santé publique au moment de la création de la filière de santé publique

III. B. 1. ii. ...qui donne lieu à la construction d'un plaidoyer et à la réorganisation de la santé publique hospitalo-universitaire

L'idée de modifier la formation en santé publique se base principalement sur des exemples de pays étrangers où les initiateurs ont pu se former eux-mêmes. Pour importer cette nouvelle vision en France, les initiateurs s'appuient sur une stratégie d'influence des décideurs politiques et institutionnels associée à une modification administrative interne de la santé publique hospitalo-universitaire.

III. B. 1. ii. a. Les pays étrangers comme exemple pour la France

Les universitaires de santé publique interviewés, initiateurs ou témoins, ont pour point commun une formation ou un passage à l'étranger (Tableau 1). Tant du côté de l'épidémiologie que de la santé communautaire. Les plus jeunes citent une ou deux années de formation à l'étranger pendant ou après leur internat. Ces formations leur font découvrir une autre approche de la santé publique que celle développée en France, insistant notamment sur les méthodes. Ces expériences leur permettent de se familiariser avec de nouveaux cadres conceptuels et d'expérimenter la pluridisciplinarité. Plusieurs des enquêtés sont allés aux États-Unis : « *Je suis resté 2 ans à Harvard : une année de master américain et une année où j'ai travaillé pour les Américains dans les affaires internationales de l'Unicef et de l'OMS, puisqu'à l'origine je suis pédiatre. [...] Ce séjour à Boston m'a appris un certain nombre de compétences. [...] Du coup j'étais très à l'aise pour développer l'approche de santé publique en pédiatrie quand mes collègues pédiatres développaient la cardiologie, la pneumologie ou la neurologie* » ; « *Je suis allé à Stanford dans un labo d'informatique médicale. C'est là que j'ai décidé d'arrêter l'informatique car je me suis rendu compte que c'était idiot. [...] J'ai travaillé avec des personnes qui étaient super fortes et je me suis dit que c'était ridicule, que je n'avais*

pas fait médecine pour faire moins bien que toutes ces personnes-là qui n'avaient pas besoin de faire médecine pour développer un système d'intelligence artificielle. Je me suis donc mis à la santé publique. ». Souvent évoquée comme une expérience constitutive de leur parcours, ce passage à l'étranger semble avoir fortement influencé l'orientation de leur carrière et a largement appuyé leur volonté de construire une nouvelle formation en santé publique en France. D'autres interviewés racontent une expérience à l'étranger plus tardive dans leur parcours mais les ayant fortement influencés dans la manière de développer leur pratique de santé publique. L'exemple québécois est souvent évoqué par les universitaires tournés vers la santé communautaire : *« dans les années 70 le Québec a fait un très grand rapport sur la santé au Québec qui a eu un retentissement extrêmement important. [...] Il comprenait une grande réforme de la santé au Québec avec la création de ce qu'on a appelé les centres locaux de services communautaires. [...] Il y avait dans chaque commune ou réunion de communes ce qui était l'équivalent d'un centre de santé qu'on avait dans nos banlieues, mais qui avaient un certain nombre de particularités, la première c'est qu'ils n'étaient pas limités à la santé, c'était aussi un centre social si on veut. La deuxième était qu'ils étaient cogérés par les professionnels et les représentants de la population, ce qui reste encore l'exception en France, alors que ça devrait être la règle. Ça c'est mon côté approche « santé communautaire » que je défends bec et ongles depuis 30 ans, 40 ans, sans succès. ».* Le service de Saint Antoine cherche d'ailleurs à développer cette approche en France, comme l'évoque le chef de service de l'époque : *« J'ai beaucoup travaillé avec le Québec, j'y suis allé plusieurs fois, à l'époque la ministre de la santé était Simone Veil, elle avait été faire un voyage interministériel au Québec, mon ami François [Canonne] qui était sur place l'avait accueillie, lui avait montré des choses et quand elle était rentrée, le premier interview à Roissy avait été de dire : « le système de santé du Québec est un modèle pour la France » ».*

Les personnes qui ont développé la formation en santé publique au début des années 80 se sont donc inspirées de leurs expériences à l'étranger. Pour les acteurs, ces expériences ont servi d'exemple à suivre pour la formation en santé publique en France. Ils vont s'en inspirer pour construire leur plaidoyer auprès des politiques et des autres universitaires de santé publique déjà en place.

« Quand on innove, en fait on n'innove pas. On a vu ailleurs des choses qui existent et qui sont potentiellement innovantes dans le milieu dans lequel on vit. Aller aux États-Unis, au Québec, en Angleterre, emprunter des circuits de formation en santé publique vous permet de repérer les métiers. » entretien avec un HU nommé dans les années

1980

Tableau 1 : Parcours à l'étranger des acteurs de la création de la filière de santé publique (liste non exhaustive issue des entretiens)

Personne	Pays visité	Raison de la visite	Discipline d'intérêt
Bernard Pissarro	Québec	Mission ministérielle	Santé Communautaire
	USA	Formation	Pédagogie médicale
François Canonne	Québec	Emploi/mission ministérielle	Santé Communautaire
Marc Brodin	USA (Harvard)	Formation/emploi	Méthodologies en santé publique
Marcel Golberg	USA (Stanford)	Formation	Informatique médicale
Jean-Claude Henrard	USA		Épidémiologie
Jean-François D'Ivernois	Québec		Éducation à la santé
Philippe Lazar	USA (Harvard)	Formation	Épidémiologie

III. B. 1. ii. b. Influencer les décideurs pour porter une nouvelle approche de la formation en santé publique

Une fois la volonté de créer une formation en santé publique formulée par un petit groupe d'acteurs, ces derniers vont tenter de faire entendre leurs idées auprès des personnes susceptibles de les aider à les concrétiser. Deux types d'échanges sont particulièrement mis

en avant par les interviewés : ceux avec le monde politique et ceux avec les professeurs hospitalo-universitaires issus du CSU d'hygiène.

DES MEDECINS PROCHES DES POLITIQUES

Les grands acteurs de la santé publique au début des années 80 ont des relations étroites avec les acteurs du monde politique. Pendant les années 1970, les partis socialiste et communiste investissent les questions hospitalières et sanitaires pour préparer les élections de 1981. Des experts militants de gauche vont s'associer aux partis pour développer des idées dans le domaine de la santé (Encadré 10). Des acteurs de la création de la filière de santé publique comme François Grémy et Jean-Claude Henrard font partie de ces militants en tant que membres de « santé et socialisme » qui est à l'origine des propositions du programme socialiste pour l'hôpital. Un ancien membre de l'association se souvient des réflexions menées au sein de « santé et socialisme » : *« On avait créé « santé et socialisme » en 1974. On avait beaucoup réfléchi sur la santé publique, on voulait faire des centres de santé intégrés qui allaient de la prévention à la réadaptation, qui étaient pluridisciplinaires et municipaux. Il y avait une réflexion. Il y avait Philippe Lazar, directeur général de l'Inserm, Jacques Benveniste, moi-même, d'autres... on réfléchissait à ce qu'aurait pu être la santé publique, ce qu'aurait pu être un autre type d'organisation ».*

Encadré 10 : Santé et socialisme

L'association « santé et socialisme » est créée en 1974 et a pour objectif « d'approfondir l'analyse politique des problèmes de santé [débouchant] sur une stratégie de rupture avec le système en vigueur ». Elle est dirigée par des médecins dont les pratiques sont plutôt éloignées de la médecine curative et technique en plein essor à cette époque. Les présidents de l'association sont spécialistes de santé publique, gériatre, immunologiste et généraliste. Ces médecins, de la jeune génération, se retrouvent autour d'une vision novatrice du système de santé et s'opposent à la commission santé du parti socialiste (PS) composée principalement d'institutionnels. Ils critiquent le système en place et notamment le pouvoir mandarin et la reproduction des inégalités sociales par le système de soins. « Santé et socialisme » parvient à imposer ses idées au PS à la fin des années 1970 et est à l'origine des quatre propositions du programme socialiste de 1981 en matière hospitalière :

alléger les missions de l'hôpital, décentraliser et démocratiser la gestion du système hospitalier, confier la direction des départements à des responsables élus, négocier le financement des hôpitaux entre la sécurité sociale, l'hôpital et les pouvoirs publics. (Gay et al. 2016)

D'autres relations entre le monde de la santé publique et le monde politique sont énoncées dans les entretiens. Plusieurs enquêtés citent les liens entre le professeur Schwartz et la famille Debré. L'un des enquêtés, proche de l'administration, évoque notamment des liens de parenté entre les deux familles : « *la famille Schwartz était alliée à la famille Debré, c'était des cousins germains* ». Ces liens ont peut-être eu un rôle dans sa nomination comme professeur à la Faculté de Médecine alors qu'il n'était pas Docteur en médecine ce qui, à cette époque, était illégal. Daniel Schwartz jouera un rôle notable dans la nomination des professeurs de santé publique grâce à ses liens avec cette famille importante dans l'espace politique de la santé de l'époque. François Grémy, chef du service d'informatique médicale de la Pitié-Salpêtrière, « *qui était étiqueté professeur de gauche, chrétien de gauche* » semble également bien introduit dans le monde politique des années 1980. Il a permis aux autres acteurs, plus jeunes et moins identifiés, de faire passer leurs idées auprès des politiques, notamment au sein de « santé et socialisme ». Un interviewé proche du parti socialiste se souvient de l'appui qu'offrait Grémy aux jeunes médecins socialistes : « *Grémy était socialiste et il était bien installé donc il nous parrainait, nous on n'était pas titulaires donc il fallait se méfier* », pour lui, François Grémy était un « *bon manœuvrier qui savait bien être dans le système. [...] Seligmann a été très influencé par Gremy* ». Bernard Pissarro a également tissé des relations avec des personnalités du monde politique, notamment le ministre de la santé de l'époque, Jack Ralite.

Plusieurs travaux lui seront confiés par le ministère au début des années 80, comme un rapport sur la politique de prévention¹ et un autre sur la place de l'ENSP.

Ces relations ont joué un rôle important dans le développement de la formation en santé publique, tant pour la création de postes d'enseignants que pour la construction d'une filière de santé publique au sein de l'internat de médecine. Un interviewé insiste sur l'importance de l'influence de ces trois grands professeurs dans l'émergence de l'idée d'une formation en santé publique chez les politiques : « *quand-même, il faut bien voir que ces choses-là se discutent entre mandarins et cabinets ministériels donc pour peu qu'il y ait un bon copain au bon endroit, tout peut arriver* ». Les initiateurs se sont également appuyés sur leur sympathie politique pour faire passer leurs idées. La santé publique perçue comme « *de gauche* » a permis aux initiateurs d'introduire plus facilement leur vision dans celle des politiques. Une des initiateurs rappelle dans un entretien que « *développer un projet c'est réussir à s'inscrire dans le cadre politique du moment* ».

CONVAINCRE L'ENSEMBLE DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Dans les entretiens, les acteurs racontent comment ils ont dû convaincre les hospitalo-universitaires de l'ancien CSU d'hygiène de la nécessité de créer une spécialité médicale de santé publique. L'un d'eux se rappelle : « *pour faire en sorte qu'en 83 84 les textes législatifs créent cette spécialité, j'ai dû faire le tour de mes collègues pour leur expliquer et les convaincre. En France vous aviez 70 professeurs, pas beaucoup plus, donc je suis allé les voir un par un, nos anciens, pour leur dire : « ça vaut le coup, on y va, allez ! »* ». Les initiateurs ont pu obtenir le soutien « *de ceux qui sont du milieu* » et qui étaient mieux identifiés pour

¹ Proposition pour une politique de prévention, F. Grémy, B. Pissarro

appuyer leur plaidoyer auprès des autres universitaires, notamment le président du CSU d'hygiène de l'époque, le professeur Jacques Monnier :

« Il faut être soutenu par [...] des personnes qui sont du milieu, très crédibles, mais qui soutiennent les innovations. J'ai cité le professeur Monnier à Toulouse qui était doyen, hématologue, très reconnu. Je pourrais en citer 2 ou 3 autres. Ils soutenaient les jeunes qui débarquaient, qui n'avaient pas encore fait l'expérience etc... C'est important de bien retenir ça. » entretien avec un HU nommé dans les années 1980

III. B. 1. ii. c. Réorganiser la santé publique hospitalo-universitaire

Une fois la plupart des hospitalo-universitaires convaincus de l'importance de construire une nouvelle formation en santé publique, la dernière étape a été de modifier l'organisation du CSU afin que chaque universitaire puisse s'exprimer. Cette modification administrative, qui a eu lieu en 1982 ou 1983 selon les entretiens, consiste en la création d'une nouvelle sous-section au sein du CSU de santé publique, dénommée « santé communautaire et médecine sociale », isolée de l'hygiène hospitalière. La sous-section « hygiène et médecine sociale » de la section 46 correspondant à la santé publique est ensuite rattachée à la sous-section « bactériologie, virologie » de la section 45 « microbiologie et maladies transmissibles » du CSU de médecine, devenant la sous-section 4501 « bactériologie, virologie et hygiène hospitalière ». Les hospitalo-universitaires de santé publique sont donc incités à choisir la branche qui convient le mieux à leur pratique de la santé publique. La plupart des anciens hospitalo-universitaires hygiénistes vont rejoindre la sous-section 4501 « bactériologie, virologie et hygiène hospitalière » tandis que les plus jeunes constitueront la nouvelle branche « santé communautaire et médecine sociale » du CSU de santé publique. Un des interviewés se rappelle de ce moment charnière de la construction du CSU de santé publique : « *les anciens professeurs, mon patron le premier, ont eu à choisir entre 2 options. Il y a eu ceux qui*

gardaient l'hygiène, qui était leur histoire, et qui ont rejoint les autres collègues qui ont fait le même choix. C'est un choix qui a été fait par tous les anciens, c'était des hygiénistes. Et il y a eu les jeunes qui ont émergé dans une autre section : santé communautaire et médecine sociale. Le président de cette nouvelle section du CNU¹ était Jacques Pous, universitaire de Toulouse, formé aux « méthodes de santé publique » ». Cette modification stratégique de l'environnement de santé publique hospitalo-universitaire a permis aux initiateurs de devenir majoritaires dans la section « santé communautaire et médecine sociale » et d'exprimer plus facilement leurs nouvelles idées.

« Découper le CNU pour mettre les anciens d'un côté, qu'ils soient à l'aise, et les plus jeunes de l'autre, qu'ils puissent avoir voix au chapitre, c'est les stratégies institutionnelles qui sont venues après » entretien avec un HU nommé dans les années 1980

III. B. 2. S'inscrire dans la construction d'une réforme globale des études médicales

Dès les années 1950, un mouvement de renouveau s'opère en médecine avec la réforme Debré. Cette réforme, qui mettra plus de 10 ans à se mettre en place, ne prévoit pas de changement profond de la formation des étudiants en médecine. Cette formation, très hétérogène, n'est plus compatible avec la nouvelle organisation du système de santé tel que l'a pensé Robert Debré. Les mouvements de 1968 vont mettre en lumière les problèmes inhérents aux études médicales et seront le point de départ de réformes qui vont se construire progressivement dans les années 70 et 80. Une première réforme des études médicales sera portée par Simone Veil en 1979, sous l'impulsion de l'Europe qui demande une harmonisation des formations entre les états membres. La réforme de 1979 touche principalement à

¹ Aujourd'hui le Conseil Supérieur des Universités (CSU) est devenu Conseil National des Universités (CNU)

l'organisation des premiers et deuxièmes cycles. En 1981, suite au changement politique, une seconde réforme portant principalement sur le troisième cycle est planifiée. Le professeur Maxime Seligmann est chargé de proposer des mesures s'accordant aux besoins en termes de formation et aux volontés politique de l'époque. Le « rapport Seligmann » rendu en décembre 1981 sera la pierre angulaire de la réforme des études médicales qui suivra. Le nouveau type de formation en santé publique, pensé par les initiateurs, est introduit dans les travaux accompagnant ce rapport. Puis, les travaux législatifs vont être menés au sein des ministères de la santé et de l'éducation nationale au cours de l'année 1982, pour finalement aboutir à la loi du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques qui crée une filière « santé publique » dans le troisième cycle des études médicales.

III. B. 2. i. La genèse d'une réforme présentée comme nécessaire

La loi du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques, qui instaure une filière de santé publique au cours du troisième cycle, s'inscrit dans une volonté générale de réformer les études médicales pour harmoniser la formation des médecins. Tant les étudiants, par leurs revendications en mai 68, que le Conseil de l'Europe, par des directives en 1975, demandent un changement global de la formation en médecine en France jugée trop hétérogène. Deux réformes vont se succéder, une première en 1979 modifie principalement les premier et deuxième cycles et la seconde, en 1982, réorganise le troisième cycle des études médicales en y introduisant, entre autres, une filière de santé publique.

III. B. 2. i. a. Des études médicales marquées par l'hétérogénéité des formations

Avant la première réforme des études médicales en 1979, la formation des médecins présente d'importantes différences entre les généralistes et les spécialistes. Les premiers n'effectuent

que les deux premiers cycles des études médicales, suivant une formation théorique importante sans formation pratique associée. Les seconds sont issus de deux cursus après le deuxième cycle commun à tout médecin : l'internat ou les certificats d'études spécialisées.

« Je suis rentré dans l'ancien dispositif. Médecine, ça se passait à la fac, il y avait 5 années qui s'enchaînaient. A l'hôpital, les étudiants en médecine non externes, puisque seuls l'étaient ceux reçus au concours d'externat, et donc non internes, étaient stagiaires tout au long de leurs études. Moi j'étais à Paris, avec beaucoup de stages dans des disciplines différentes, mais nous étions spectateurs avec quasiment interdiction de toucher, avec quelques rares leçons de sémiologie si un patron s'intéressait un petit peu aux stagiaires. A côté de l'enseignement de la fac il y avait en plus, payantes, facultatives, des préparations aux concours. Entraînement sérieux par des conférences et la préparation soit de l'externat et pour les anciens externes, l'internat, qui était un autre concours très élitiste. Sachant que les concours ne dépendaient pas de l'université mais des hôpitaux. Il y avait le concours des hôpitaux de Paris, des hôpitaux de Lyon, de Marseille, des hôpitaux périphériques... Le plus prestigieux étant celui de Paris. Un certain nombre d'étudiants n'étaient ni externes ni internes, et donc finissaient leurs études en 5^{ème} année et dès que la dernière année était validée, ils devaient s'inscrire dans le stage interné où ils arrivaient le plus souvent sans aucune expérience pour une sixième année à la fin de laquelle ils avaient fini leurs études médicales et pouvaient passer le doctorat et ouvrir leur cabinet. En fait, ils faisaient souvent des remplacements pour se faire la main. Ils pouvaient aussi s'inscrire en spécialité médicale mais étaient très défavorisés par rapport à ceux qui avaient été externes ou internes. Il y avait beaucoup moins de spécialités qu'aujourd'hui » (entretien avec un HU de santé publique, étudiant en médecine lors des mouvements de mai 1968)

Les internes sont les étudiants ayant validé le concours de recrutement de l'internat, très sélectif. Ces derniers finissent leur formation par une partie « au lit du malade » dans les grands services cliniques des hôpitaux universitaires. L'internat n'offre pas d'enseignement spécifique à une spécialité définie, il distingue uniquement la chirurgie de la médecine. Seul le parcours de l'interne dans les différents services hospitaliers lui permettait d'obtenir une spécialité. Les certificats d'études spécialisées (CES) sont quant à eux des formations

universitaires peu sélectives et ouvrent la possibilité de pratiquer la médecine dans un secteur particulier. La formation en santé publique se fait par le CES « médecine préventive, santé publique et hygiène ». En 1982, les porteurs de la réforme qualifieront ce système de spécialisation « à deux vitesses » avec d'une part l'élite des « anciens internes des hôpitaux » et d'autre part les titulaires de CES.

« Jusque-là pour devenir spécialiste il y avait 2 voies : la voie du CES et la voie de l'internat. [...] Au départ c'était essentiellement des médecins des hôpitaux qui se spécialisaient et qui devenaient gastro-entérologues etc... mais comme internes des hôpitaux la spécialité leur était accordée de fait. » entretien avec un PUPH de santé publique

III. B. 2. i. b. Remise en cause de la formation en médecine par les mouvements de mai 1968

Lors des mouvements de mai 1968, les étudiants en médecine se sont organisés en commissions thématiques pluridisciplinaires pour réfléchir à une réorganisation de leur formation. Dans le livre blanc de la réforme, les étudiants exposent leurs propositions pour une réforme des études médicales. Cette période fait état d'une mauvaise formation des étudiants en médecine, trop axée sur la théorie et très hétérogène pour la formation pratique. Les mouvements de mai 68 vont amorcer les changements à venir dans les études médicales. En effet, certaines revendications annoncent déjà les grandes lignes des réformes des études médicales qui suivront. Préambule de l'externat et de l'internat « pour tous », la création d'une fonction hospitalière pour tous à responsabilité graduelle dès le deuxième cycle ainsi que la suppression des concours d'entrée de l'internat remplacés par des examens théoriques et pratiques organisés par les facultés sont deux revendications phares des étudiants de médecine de 1968. La revalorisation de la médecine générale, qui doit être considérée comme une spécialité à part entière, est également fortement portée. Les étudiants envisagent

également trois voies de professionnalisation au cours du 3^{ème} cycle : les disciplines médicales (spécialités médicales et médecine générale), les disciplines techniques (chirurgicales) et la recherche appliquée. Ces étudiants en recherche auraient pour mission « d'assurer la liaison entre les cliniciens et les fundamentalistes »¹, fonction qui sera plus tard confiée à la santé publique par la recherche clinique. La terminologie « d'interne » n'est pas reprise dans le livre blanc de la réforme en 1968. Un interviewé qui a participé de près au mouvement de mai 1968 lorsqu'il était étudiant se rappelle le cheminement des idées qu'ils proposaient : « *On mettait sur le marché des gens qui avaient une formation livresque... théoriquement ils savaient des choses mais pratiquement, souvent quasiment rien des gestes de bases diagnostiques et soignants, ils étaient très très loin de pouvoir apporter compétences et sécurité pour les patients. Si je vous dis ça, c'est pour expliquer comment on arrive à la longue et profonde contestation des études médicales en 68. [...] On réclame l'externat pour tous, pour que, au moins, les gens qui sortent des études aient appris quelque chose. Et on réclame aussi l'internat pour tous mais c'est moins urgent... L'internat pour tous, ce qui paraît évident aujourd'hui pour n'importe quel étudiant en médecine qui viendra plus tard.* »

Le contenu de la formation en médecine est également remis en cause par les étudiants qui critiquent la part trop importante donnée aux contenus « biomédicaux ». Bien qu'ils ne renient pas l'intérêt de cette formation, les étudiants demandent des formations complémentaires afin « d'acquérir une ouverture d'esprit »¹ lors de leurs études, leur permettant d'affronter les problèmes rencontrés lors de leurs pratiques, notamment à l'hôpital. C'est par ces arguments que les étudiants demandent d'intégrer une formation en sciences sociales et en psychologie en médecine. C'est par le mouvement de mai 68 que

¹ Livre blanc de la réforme, tome 1 – édition revue et complétée. Etat du travail des commissions le 14 – 6 – 68. Archives privées

rentrera la formation en sciences sociales en médecine et dans les formations paramédicales. Deux interviewés, proches des mouvements de mai 68 lorsqu'ils étaient étudiants en médecine se rappellent l'arrivée des sciences sociales en médecine *via* cette mobilisation : « *On a fait rentrer ce qu'on appelle les sciences humaines en médecine. C'était une des propositions fortes dans le Livre Blanc, c'est moi qui avais fait l'édito dans le journal quotidien du Comité d'Action des Étudiants en Médecine de Paris et la conférence de presse pour ça* » ; « *Il y a eu un courant des sciences humaines qui est arrivé dans le champ de la médecine au moment de Mai 68. On s'est dit les médecins sont mal formés, il faut absolument qu'ils s'intéressent un peu à autre chose qu'à la biologie, et donc il y avait durant les événements 68 une commission spéciale qui s'appelait « santé et société » ou plutôt « médecine et société » ... qui s'est réunie tout le temps et qui a fabriqué une pensée, des textes fondateurs pour la formation des étudiants en médecine dans le champ des sciences humaines* ».

Concernant la santé publique, elle n'est pas formulée comme telle dans les documents d'archives et ne semble pas avoir été une des préoccupations des étudiants lors de la construction de leur projet de réforme. Néanmoins, parmi les acteurs de la réforme de 1982, nombreux sont ceux qui ont participé aux mouvements de mai 1968. Certaines idées de 68 font écho à une conception de la formation en santé publique retrouvée plus tard dans le rapport Seligmann et la réforme de 1982, notamment par l'approche pluridisciplinaire des questions de santé et la création d'une formation en médecine sociale (Encadré 11). Selon un interviewé proche du mouvement de mai 68 : « *y avait beaucoup de réflexion autour du travail pluriprofessionnel, c'est ça qui a mené la réflexion de la santé publique* », puis de poursuivre : « *les conseillers de la réforme étaient des soixante-huitards* ». Les étudiants fondent également l'ensemble de leurs revendications sur la base de l'amélioration de la santé de la population : une meilleure formation des professionnels de santé permet de garantir la santé

de la population et la sécurité des patients. Un étudiant en médecine, militant de mai 1968, se souvient des difficultés à faire entendre cette idée qui touche l'ensemble des formations en santé : « Certains considèrent que la santé publique' ce n'est pas de la médecine. La médecine, c'est soigner. Alors cette bagarre pour la santé publique, pour l'intérêt général, est-ce que c'est une bagarre à mener par les médecins dont le métier est de s'occuper des malades ? Les étudiants engagés de 68 veulent démontrer que les compétences des personnels soignants doivent aussi intégrer des connaissances et outils en santé publique, les mouvements de contestation de la formation des infirmières le reprendront aussi en France ».

Encadré 11 : Travaux de la commission du CES d'hygiène et médecine du travail, extrait du Journal du comité d'information de la faculté de médecine de Paris, 4 juin 1968, archives privées

Extrait du Journal du comité d'information de la faculté de médecine de Paris, 4 juin 1968, archives privées

Compte-rendu de la commission CES d'hygiène et médecine du travail :

« Les étudiants inscrits au CES d'hygiène et de médecine du travail, réunis en commission, en accord avec les représentants des médecins du travail proposent :

- **La création d'un CES de médecine sociale** qui regrouperait (liste non limitative) les ex : hygiénistes, médecins du Travail, médecins de PMI, épidémiologistes, médecins Scolaires, médecins de santé publique
 - La revalorisation de ce nouveau CES, ceci par un nouvel enseignement :
 - o Étagé sur 2 ans environs
 - o Représenté par :
 - 1) Des options fondamentales communes et obligatoires pour chacun des futurs Médecins Sociaux ; et des options facultatives permettant d'obtenir la compétence en chacune des disciplines précipitées.
 - 2) La deuxième partie de l'enseignement de chacune de ces disciplines sera représentée par des stages pratiques avec des responsabilités effectives.
- Le diplôme ou la compétence en médecine sociale sera obtenu à la suite d'un travail de l'étudiant fait au cours de ses stages pratiques, ceci sous forme de mémoire.
- Restent à étudier en commissions :
 - o La durée, le nombre, la nature des différentes options.
 - o Le contrôle des connaissances.
 - o L'articulation avec le troisième cycle du projet de réforme hospitalo-universitaire. »

* Les encadrés respectent la mise en forme des archives : les parties soulignées, en gras ou en italique le sont sur le document référencé.

III. B. 2. i. c. Naissance des travaux juridiques pour une réforme des études médicales

Suivant les revendications de mai 68 et la volonté d'améliorer la formation en médecine, les travaux de réforme des études médicales démarrent lorsque Simone Veil est ministre de la santé, au milieu des années 1970.

UNE OBLIGATION EUROPEENNE DE REPENSER LES ETUDES DE MEDECINE

Deux directives européennes du 16 juin 1975 obligent les pays de la Communauté Européenne à harmoniser leurs formations de médecine avant 1984. La directive 75/363/CEE visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités du médecin donne les grandes lignes que devront suivre les pays dans l'organisation de la formation des médecins. Elle demande un minimum de six années d'études ou 5 500 heures d'enseignements théorique et pratique pour tous les médecins, y compris les praticiens généralistes. Cette formation doit s'effectuer à temps plein, sous le contrôle des universités. Le contenu de la formation en médecine est également repris, la directive insistant sur la connaissance « de la structure, des fonctions et du comportement des êtres humains, en bonne santé et malades, ainsi que des rapports entre l'état de santé de l'homme et son environnement physique et social ». Selon cette directive, la spécialisation en « community medicine » doit être de 4 ans minimum. Ces dispositions seront reprises ensuite par les défenseurs du développement de la formation en santé publique en médecine.

DEBUT D'HARMONISATION DES FORMATIONS PAR LA LOI N°79-565 DU 6 JUILLET 1979 RELATIVE AUX ETUDES MEDICALES ET PHARMACEUTIQUES

En 1979, la loi n°79-565 du 6 juillet, dite loi « Veil-Barrot-Saunier Seïté », réforme les études médicales pour s'accorder aux directives européennes. Elle prévoit la création de deux filières : médecine générale et médecine spécialisée. Le troisième cycle de médecine générale est accessible par un examen validant en fin de 2^{ème} cycle et consiste en deux ans de formation

théorique et pratique appelée « résidanat ». L'accès aux spécialités est unifié et se fait par un internat qualifiant régional. La loi prévoit que la rémunération et le statut des « résidents » et des « internes » seront uniformisés. Elle introduit également le concours de fin de première année de médecine et le *numerus clausus*. En pratique, les mesures concernant le 3^{ème} cycle n'auront pas le temps d'être appliquées car la loi sera remise en cause dès mai 1981 avec le changement de majorité présidentielle. Seront notamment reprochées à la loi de 1971 l'insuffisante valorisation du médecin généraliste et la place insignifiante de la santé publique, de la recherche et de la biologie.

III. B. 2. ii. Le « rapport Seligmann », texte central de la réforme

Au cours de l'été 1981, le professeur Maxime Seligmann (Encadré 12), PU-PH d'immunologie à l'hôpital Saint-Louis et chargé de mission auprès du ministre de l'éducation nationale, est choisi pour mettre en place un groupe de travail devant faire des propositions pour la mise en place de la réforme des études médicales avant la fin de l'année 1981. Ce calendrier contraignant s'explique par le fait que la réforme doit pouvoir être mise en œuvre dans l'année 1982 pour respecter les engagements pris par la France auprès de la Commission Européenne. Le Professeur Seligmann constitue un groupe de travail afin de remettre un rapport complet comprenant des propositions pour la réforme. Quelques auditions seront menées auprès des représentants des universités, des médecins et des étudiants (Encadré 13). Le rapport intitulé « propositions pour la réforme des études médicales », autrement appelé « livre vert » ou « rapport Seligmann », est rendu en décembre 1981.

Encadré 12 : Biographie de Maxime Seligmann

Maxime Seligmann est né le 14 mars 1927 à Paris. Il entre dans un réseau de résistance en 1943 et passe le baccalauréat en 1944. Il commence des études de médecine sous l'influence de Robert Debré, ami de sa famille. Il est interne des hôpitaux de Paris au début
--

des années 1950. Chef de clinique de Robert Debré, il est témoin de la réforme de réorganisation hospitalière de 1958 et s'intéresse particulièrement aux missions hospitalo-universitaires. Il effectue sa carrière hospitalière dans le service d'immuno-hématologie de l'hôpital Saint Louis dont il deviendra le chef de service en 1963. Il est professeur d'immunologie à la faculté de Lariboisière-Saint Louis à partir de 1971. Il est également chercheur en immunologie au CNRS (Centre national de la recherche scientifique) à l'institut Pasteur et dirige le laboratoire d'immunologie de Paris VII. Voisin d'Alain Savary en Seine-et-Marne, il entretient avec le futur ministre de l'éducation nationale une relation d'amitié et rentre au cabinet du ministre en août 1981 en tant que chargé de mission sur les questions se rapportant aux sciences de la vie et plus particulièrement à la médecine. Il est d'emblée chargé de constituer un groupe de travail et de rédiger le rapport sur la réforme des études médicales et sera chargé de sa mise en place jusqu'à son départ du cabinet en 1983 suite à la grève des internes et chefs de clinique.

Encadré 13 : Liste des personnes auditionnées dans le cadre du « rapport Seligmann », extrait archives nationales

« Groupe de travail sur la réforme des études médicales, auditions prévues le Mercredi 9 Novembre 1981

- M. André Gouaze, Président de la Conférence des Doyens des Facultés de Médecine et des Présidents d'Université médecins
- M. Roland Amnes, Vice-Président de la Conférence des Présidents d'Université
- M. Pierre Duharcourt, Secrétaire National du Syndicat National de l'Enseignement Supérieur – FEN
- M. Patrick Fridenson, Secrétaire National du Syndicat Général de l'éducation nationale
- M. le Professeur Canlorbe, Secrétaire Général du Syndicat Autonome des Enseignants de Médecine
- M. le Professeur Herbeuval, Président de la Conférence des Présidents de CMC des CHU
- M. le Professeur Clin, Président de la Conférence des Présidents de CMC NON CHU
- M. le Professeur Derennes, (Union syndicale de la Médecine), Président du Syndicat de la Médecine Hospitalière avec une délégation des SMH et SMG en particulier
- Docteur Monier, Président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français
- Docteur Belot, Président de la Fédération des Médecins de France »

« Groupe de travail sur la réforme des études médicales, auditions prévues le Jeudi 10 Novembre 1981

- M. Denis Dubien, Président de l'Union Nationale des Étudiants de France
- M. Jean-Christophe Cambadélis, Président de l'union Nationale des Étudiants de France Indépendante et Démocratique
- M. Philippe Chassing, Président de l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France
- M. Jean-Léo Gros, Président du Collectif des Étudiants Libéraux de France
- M. le Professeur J. Flahaut, Président de l'Assemblée Nationale des Directeurs d'UER [Unité d'enseignement et de recherche] Pharmaceutiques
- Mme Françoise Borson, Présidente de l'Intersyndicat National des Internes des Hôpitaux des Villes de Faculté

- Dr. Alain Haertig, Président de l'Intersyndicat National des Chefs de Clinique, Assistants des Hôpitaux de Ville de Faculté
- M. R. Sangiuolo, Président du Collège des Directeurs d'UER d'Odontologie
- M. J. Tanniou, Président National du Syndicat National des Enseignants en Odontologie
- M. Philippe Cadene, Délégué Général de la Fédération Hospitalière de France
- M. Maurice Derlin, Président du Conseil d'Administration de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie »

III. B. 2. ii. a. Un groupe de travail constitué de trois enseignants de santé publique

Le groupe de travail de Maxime Seligmann est constitué d'étudiants du deuxième cycle des études médicales et de médecins généralistes, hospitaliers et hospitalo-universitaires (Encadré 14). Trois enseignants de santé publique, que nous avons identifiés comme des acteurs de la réforme, sont présents dans ce groupe : François Gremy, Marc Brodin et Jean-François D'Ivernois.

Quatre sous-groupes ont également été constitués avec des personnalités extérieures afin de réfléchir sur les points suivants : formation des médecins de santé publique, docimologie, troisième cycle de psychiatrie et troisième cycle de biologie médicale.

Encadré 14 : Composition du groupe de travail du Pr Seligmann, extrait du rapport « proposition pour la réforme des études médicales », archives nationales

Liste des membres du groupe de travail : « réforme des études médicales et de l'internat »

« Animateur : M. Maxime Seligmann, Professeur à l'Université de Paris VII, Chargé de Mission auprès du Ministre de l'éducation nationale

Membres :

- M. Christophe Bonnet, étudiant de 2^{ème} cycle des études médicales (UER Créteil)
- M. Marc Brodin, Assistant (santé publique) à l'Université de Paris VII
- Mlle Catherine Durand, Étudiante de 2^{ème} cycle des études médicales (UER du Kremlin-Bicêtre)
- M. Pierre Gallois, Médecin Chef de Service au Centre Hospitalier de Macon
- M. François Gremy, Professeur de biomathématiques à l'Université Pierre et Marie Curie (Paris)

- M. Éric Hammel, Étudiant de 2^{ème} cycle des études médicales (UER de Cochin-Port-Royal)
- M. Jean-François d'Ivernois, Maître assistant (sciences de l'éducation) à l'université de Paris XIII
- M. Alain Lacombe, Chef de clinique de chirurgie à l'Université François Rabelais (tours)
- M. Louis Lareng, Professeur d'anesthésiologie à l'Université Paul Sabatier (Toulouse)
- M. Bernard Maitrot, Professeur de biochimie à l'Université de Rouen, Président de l'Université de Rouen
- M. Alain Megret, Chef du bureau des formations de santé à la direction des Enseignements supérieurs
- Mlle Véronique Prevost, Étudiante de 2^{ème} cycle des études médicales (UER Lariboisière-Saint-Louis)
- M. Jean-Pierre Revillard, Professeur à l'Université Claude Bernard (Lyon), Directeur de l'UER de biologie humaine
- M. Olivier Sabouraud, Professeur de neurologie à l'université de Rennes I, président de la commission médicale consultative de Rennes
- M. Georges Smadja, Médecin généraliste à Bohain-en-Vermandois (02110), Attaché de consultations à l'hôpital Bichat
- M. Gil Tchernia, Professeur agrégé d'hématologie à l'Université Paris-Sud
- M. Daniel Widlocher, Professeur de psychiatrie à l'Université Pierre et Marie Curie (Paris) »

Le sous-groupe chargé de la formation des médecins de santé publique est animé par Marc Brodin (Encadré 15), assistant à l'université de Paris VII. Il est constitué d'enseignants, chercheurs ou hospitalo-universitaires de plusieurs disciplines de la santé publique (Encadré 16). Ce groupe est constitué principalement de médecins, professeurs ou enseignants hospitalo-universitaire de santé publique. Néanmoins, d'autres disciplines sont représentées comme les sciences économiques (Mme Michèle Fardeau), l'éducation à la santé (M. Marc Danzon), l'épidémiologie (M. Robert Flamant) ou la sociologie de la santé (Mme Claudine Herzlich). La médecine du travail n'est représentée que par un professeur, M. Jean-Pierre Curtes. L'École Nationale de Santé Publique est également représentée dans ce groupe par la présence de Pascal Chevit. Un membre du cabinet du ministère de l'éducation nationale est également présent dans le groupe (M. Olivier Sabouraud).

Marc Brodin est un ancien interne des hôpitaux de Paris, spécialisé en pédiatrie. Après une année de formation à Sciences Po il finit sa formation à Harvard. Il découvre la santé publique aux États-Unis et se destine initialement à exercer dans les pays en voie de développement. Finalement de retour en France, il réoriente sa carrière sur la pédagogie médicale et l'évaluation des soins. Il devient PUPH de santé publique en 1982 à l'hôpital Bichat puis chef du service de santé publique à l'hôpital Robert Debré à son ouverture en 1988. A la fin de son expérience hospitalière, il travaille à l'HAD (Hospitalisation à Domicile) de l'APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris). Aujourd'hui, Marc Brodin est élu des collectivités locales.

Liste des membres du groupe de travail : « formation en santé publique »

« Animateur : M. Marc Brodin, Assistant à l'Université Paris VII (faculté Xavier Bichat)

Membres :

- M. Pascal Chevit, Professeur à l'École Nationale de santé publique (Rennes)
- M. Jean-Pierre Curtes, professeur de médecine du travail à Rennes, président de l'université de Rennes I
- M. Marc Danzon, médecin au Comité Français d'Éducation pour la Santé
- Mme Michèle Fardeau, professeur de Sciences Économiques à l'université de Paris I
- M. Robert Flamant, professeur à l'université de Paris Sud (institut Gustave Roussy, Villejuif)
- M. Claude Grunberg, médecin généraliste à Chelles, enseignant à la faculté de médecine de Bobigny
- Mme Claudine Herzlich, maître de recherches au CNRS
- M. Jacques Monnier, professeur de santé publique à l'université Paul Sabatier de Toulouse
- M. Bernard Pissarro, professeur de santé publique à l'université de Paris VI (faculté de médecine Saint Antoine)
- M. Olivier Sabouraud, professeur de neurologie à l'université de Rennes I, président de la Commission médicale consultative de Rennes
- M. Roger Salamon, professeur agrégé à l'université de Bordeaux II »

Concernant la composition du groupe, les acteurs interviewés relèvent principalement sa pluridisciplinarité et le réseau d'interconnaissances qui la sous-tend. Un des interviewé décrit « le groupe Seligmann » comme « ouvert à la pluridisciplinarité. Il n'y avait pas de schwartziens. Il y avait un peu de santé communautaire. C'était des gens qui ne venaient pas de l'université. »

Plusieurs d'entre eux estiment que l'ENSP n'a pas réellement participé à la discussion. Lors d'un entretien, un des initiateurs se souvient : « *Je n'ai pas souvenir qu'à l'époque, l'école, le directeur, le directeur des études, aient donné le moindre mandat sur une position à défendre dans le groupe. Ou dit autrement, qu'il y ait eu une position de l'école par rapport à ce qui se jouait là* ». Le représentant de l'ENSP dans le groupe Seligmann évoque la difficulté de son positionnement au sein du groupe de travail : « *Mon jeune âge, le fait que je n'étais pas universitaire, la considération toute relative dont bénéficiait l'école etc... faisait que je pense que je mentirais en disant que j'avais un rôle clé dans le groupe de travail* ».

L'affiliation politique et la proximité des membres du groupe de travail avec le cabinet du ministère de l'éducation nationale et plus particulièrement avec le Pr Seligmann est évoquée dans certains entretiens, ainsi que l'ouverture à des approches internationales. Lorsqu'il évoque la création du groupe Seligmann, un interviewé insiste : « *Grémy était connu comme chrétien de gauche, pour le dire comme ça, du moins au niveau national. D'Ivernois était à Bobigny, c'était la faculté de gauche* ». Il évoque également l'importance des connaissances pour construire le groupe de travail : « *un groupe de travail au niveau ministériel se crée toujours par « tu ne connaîtrais pas quelqu'un qui... ? » donc les collègues ont dit « il faut demander à Marc Brodin, il faut demander à François Grémy... » [...], et Jean-François d'Ivernois parce qu'à Bobigny il s'occupait d'éducation pour la santé, il avait été au Québec...* ». La volonté de diversifier les profils des participants du groupe de travail est également évoquée par un ancien membre du groupe : « *donc ces 3 branches là [hygiène, épidémiologie et administration] il me semblait quand même que l'un des enjeux était de faire en sorte qu'elles dialoguent un minimum et qu'elles ne restent pas étrangères l'une à l'autre.* »

III. B. 2. ii. b. Contenu du « rapport Seligmann »

UN OBJECTIF PRINCIPAL DE REORGANISATION DE LA FORMATION

Les grands objectifs de la réforme mis en évidence dans le rapport sont d'abord pédagogiques : l'apprentissage doit être permanent et global, il doit « privilégier la compétence par rapport à la connaissance », « remplacer la médecine d'organes par la médecine de la personne » et « habituer les étudiants à situer l'acte médical curatif par rapport à l'ensemble des actions de santé possibles »¹. La nouvelle réforme des études médicales doit également pallier les insuffisances de la loi de 1979 tout en conservant ses acquis. Ainsi, le groupe de travail liste dans le rapport les points positifs et les lacunes de la loi de 1979 (Encadré 17). L'objectif de la réforme est donc que les études médicales apportent une large formation de base scientifique et clinique, « ne délaissant pas les sciences humaines et la médecine communautaire », intégrant les aspects « cliniques, biologiques, physiopathologiques et épidémiologiques »¹. Dans les objectifs généraux de la réforme, le groupe de travail insiste sur la nécessité de créer une filière particulière pour la formation en santé publique afin de « développer, par l'action de professionnels convenablement formés, ce secteur important et actuellement déshérité dans notre pays, en y assurant un enseignement et une recherche spécifique »¹. Il est également précisé que la formation en santé publique ne doit pas être le monopole de la filière, mais doit aussi être intégrée à la formation de l'ensemble des médecins lors du deuxième cycle.

Les objectifs mis en avant par le Professeur Seligmann dans les articles de presse² de l'époque sont d'améliorer la formation des médecins généralistes, de créer un examen national classant

¹ Rapport Seligmann, propositions pour la réforme des études médicales, chapitre I, p 2 à 6

² Interview de Maxime Seligmann, « réforme des études, le Pr Seligmann s'explique. A mi-continuité, mi-changement. », Le quotidien du médecin, vendredi 14 mai 1982, archives nationales

et validant à la fin du 2^{ème} cycle et de mettre en place une filière Recherche et une filière santé publique.

Encadré 17 : Objectifs généraux de la réforme des études médicales, extrait du rapport « propositions pour la réforme des études médicales » p5, archives nationales

Extrait du rapport Seligmann, propositions pour la réforme des études médicales, p5

« III. Objectifs généraux de la réforme

La loi de 1979 et les textes de 1980, qui dans certains domaines sont en retrait sur les propositions de la commission Fougère, comportent des points positifs qui constituent, à notre sens, des acquis :

- La mise en place d'une formation spécifique du généraliste,
- La fusion des études universitaires avec la préparation aux troisièmes cycles,
- La formation rémunérée, à temps plein, à la fois théorique et pratique, en position de responsabilité, des étudiants de troisième cycle,
- La réflexion sur les spécialités médicales, et leur mise en conformité avec les recommandations de la Communauté Économique Européenne,
- La réintroduction de la psychiatrie dans le régime commun des spécialités,
- La réflexion docimologique, surtout pour les épreuves d'admission, incitant à une définition des objectifs d'enseignement.

Le groupe de travail a aussi mis l'accent sur un certain nombre de lacunes et d'insuffisances de ces textes, en particulier :

- L'insuffisante valorisation du médecin généraliste et de sa formation,
- La place insignifiante de la formation en santé publique, incompatible avec le développement d'une politique efficace de promotion de la santé,
- La place quasi nulle de la Recherche et de la Biologie dans l'ensemble du projet,
- L'absence de toute rénovation de la pédagogie des deux premiers cycles des études médicales.

Le groupe de travail s'est donc donné pour objectif de pallier ces insuffisances sans revenir sur les acquis de la loi précédente. »

PROPOSITIONS GENERALES

Dans la première partie du rapport, le groupe de travail propose l'organisation et le contenu des premier et deuxième cycles des études médicales. La première année du premier cycle est conçue comme une année « propédeutique » donnant lieu à un examen classant. Pour limiter le « gâchis » humain et financier du seul examen classant, le groupe de travail propose une sélection des étudiants en deux temps : à l'entrée par entretien et à la sortie par concours.

Les deuxième et troisième années du premier cycle doivent permettre l'acquisition de la sémiologie clinique et biologique à laquelle s'ajoutent trois enseignements optionnels : anglais scientifique, santé publique et biologie humaine. Puis, lors des trois années du deuxième cycle est enseignée la pathologie, l'épidémiologie et la recherche médicale. Les stages hospitaliers à mi-temps permettent de compléter cette formation théorique. Le groupe de travail recommande que des stages extrahospitaliers soient mis en place dans des cabinets de médecine générale et des organismes de santé publique¹.

Pour le troisième cycle, plusieurs changements sont envisagés. Tout d'abord, il est divisé en quatre filières distinctes (médecine générale, médecine spécialisée, santé publique, Recherche) qui sont considérées à égalité et dont le choix doit être fonction de la motivation des étudiants. L'organisation géographique du 3^{ème} cycle s'élargit à d'autres établissements que le CHU, la mobilité des étudiants entre établissements ou universités doit être favorisée².

Concernant l'accès au 3^{ème} cycle, selon le groupe de travail du Pr Seligmann, l'internat traditionnel donnant accès exclusivement aux spécialités n'a plus lieu d'exister. L'épreuve d'entrée doit être une épreuve de classement obligatoire qui permette l'accès aux différentes filières et régions. La préparation des étudiants à cette épreuve est confiée aux universités uniquement, les CHU ne sont pas chargés de la formation théorique. Le programme des épreuves est national et élaboré par des groupes de travail universitaires nationaux. Il porte sur la résolution de problèmes et a pour but de mettre en évidence les compétences des étudiants. Les textes préliminaires au rapport final insistent davantage sur cet examen en spécifiant que « tous les étudiants reçus à l'examen classant sont nommés internes et

¹ Rapport Seligmann, propositions pour la réforme des études médicales, chapitre II, p 16 à 24

² Rapport Seligmann, propositions pour la réforme des études médicales, chapitre V, p 43 à 45

choisissent leurs postes selon leur classement »¹. Le rapport spécifie que les syndicats étudiants auditionnés ne se sont pas montrés favorables à ces épreuves obligatoires ajoutant une « charge supplémentaire » et une « hiérarchie supplémentaire ». Suite à ces divergences, trois modalités d'organisation des épreuves d'entrée en 3^{ème} cycle sont proposées, hiérarchisées selon les préférences du groupe de travail : l'option favorisée est la mise en place d'un examen classant national avec multiclassement (classement par filières plutôt que classement unique) par des coefficients de motivations ; la deuxième option envisagée est de mettre en place plusieurs concours régionaux obligatoires ouvrant l'accès aux différentes filières ; la dernière option proposée est l'organisation d'un concours facultatif ne donnant accès qu'à certaines filières².

La nouvelle organisation du troisième cycle doit permettre aux étudiants de toutes les filières de suivre des formations pluridisciplinaires et de travailler ensemble sur des lieux communs afin de limiter le cloisonnement. Des passerelles entre les filières doivent également être prévues. Le groupe de travail insiste sur l'importance de la formation en Recherche et en santé publique de tous les étudiants, y compris en dehors des filières spécifiques. La formation théorique et pratique est organisée par l'université et tous les étudiants, quelle que soit leur filière, ont le même statut et la même rémunération¹.

PROPOSITIONS POUR LA FORMATION EN SANTE PUBLIQUE

Le « rapport Seligmann » présente la santé publique comme une des quatre missions de la médecine avec la médecine générale, la médecine spécialisée et la Recherche. Pour le groupe de travail, la médecine de santé publique, définie en opposition à la médecine générale ou spécialiste, vise à restaurer et promouvoir la santé de l'individu. Elle a une approche

¹ Brouillons de note et note dur l'examen national classant, non datés, archives de l'éducation nationale

² Rapport Seligmann, propositions pour la réforme des études médicales, chapitre IV, p 41

« communautaire et panoramique des problèmes de santé »¹. La médecine de santé publique s'intéresse à des groupes de personnes ou à des institutions sanitaires et a pour mission de mettre en place et analyser des programmes de santé (Encadré 18).

Encadré 18 : Définition de la médecine de Santé publique, extrait du rapport « proposition pour la réforme des études médicales », p 11, archives nationales

« 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 dont la tâche essentielle, mais non exclusive, est de restaurer et promouvoir la santé des individus, 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 (ex : la population dans son ensemble, ou telle sous-population caractérisée par son âge, son origine géographique, son appartenance socio-professionnelle, ses facteurs de risques particuliers, sa pathologie).
- à des institutions sanitaires dont il convient d'apprécier l'adéquation à leurs objectifs, d'évaluer et d'améliorer le fonctionnement (ex : les hôpitaux, les structures de soins de première ligne, les écoles professionnelles, les institutions de protection sociale).
- à des programmes de santé (ex : vaccinations, dépistage, éradication du paludisme, néonatalogie...) qu'il faut mettre en place et dont il faut analyser les résultats.

Le propre de l'activité de Santé publique est donc un abord communautaire et panoramique des problèmes de santé. »

* Les encadrés respectent la mise en forme des archives : les parties soulignées ou en italique le sont sur le document référencé.

Le groupe de travail s'attache à rapprocher la pratique de santé publique à la pratique clinique. En effet, ces deux pratiques comportent une étape de description de l'état de santé d'un groupe ou d'un individu, une étape de type diagnostique et une étape de type thérapeutique qui vise à améliorer cet état de santé et évaluer les effets de cette prescription. Selon le groupe de travail, le spécialiste de Santé publique doit avoir une très bonne formation clinique et doit parfois conserver cette activité. Mais, la pratique de Santé publique doit être pluridisciplinaire et s'appuyer sur les sciences de l'information (biostatistique, épidémiologie, informatique),

¹ Rapport Seligmann, propositions pour la réforme des études médicales, chapitre I, p 6, 10 et 11

les sciences humaines (psychologie, sociologie, économie, pédagogie, éthique), les sciences de l'organisation (législation, administration, planification, technique financière) et les sciences de l'environnement (économie, toxicologie, urbanisme, ergonomie, hygiène)¹.

Concernant le métier de médecin de Santé publique, le rapport distingue trois grandes catégories :

- les médecins prenant en charge des problèmes collectifs de santé (médecins inspecteurs de santé, médecins de liaison de Santé scolaire, médecins d'action sanitaire et médecins inspecteurs du travail...),
- les médecins prenant en charge les problèmes de santé communautaire à temps partiel et consacrant une partie importante de leur exercice à une relation individuelle avec les patients (médecins de santé scolaire, médecins de PMI, de crèche, du travail, médecin-conseil de l'Assurance Maladie, médecin expert auprès des tribunaux, médecin du sport...),
- et les médecins qui mettent en œuvre des techniques spécifiques à portée collective (médecins de comité d'éducation pour la santé, médecins d'industrie d'équipements médicaux ou de production pharmaceutique...)

Les médecins de Santé publique seront également appelés à exercer dans des programmes ou des structures nouvellement mises en place au moment de la réforme des études médicales : centres de santé, Observatoire Régional de Santé (ORS) (créés en 1982 suite au rapport « propositions pour une politique de prévention » (Gremy et al. 1982)), départements de pédagogie de la santé, unités hospitalières de Santé publique².

¹ Rapport Seligmann, propositions pour la réforme des études médicales, chapitre I, p 10 à 12

² Rapport Seligmann, propositions pour la réforme des études médicales, chapitre I, p 12

Concernant la formation en Santé publique, le rapport insiste sur l'importance qu'elle ne soit pas réservée aux spécialistes afin que tout médecin puisse intégrer une « perspective de médecine communautaire et sociale »¹ dans sa pratique. La formation en santé publique en médecine doit donc être intégrée dans la formation de base de tout étudiant en médecine et constitue également une formation spécialisée pour quelques futurs médecins. Le chapitre 8 du « rapport Seligmann » est consacré à cette formation spécialisée. Avant la réforme des études médicales, la santé publique était enseignée dans les universités d'une part, dans les écoles d'application d'autre part et, rarement, dans les structures d'apprentissage pratique. Selon les membres du sous-groupe de travail « les médecins de santé publique qui pratiquent n'enseignent pas et inversement ceux qui ont pour fonction d'enseigner n'ont qu'une pratique très spécialisée »². Ils mettent alors en évidence trois problématiques qui correspondront aux enjeux de la réforme des études médicales pour la santé publique :

- Définir clairement les postes et missions des futurs médecins de santé publique ;
- Réorganiser la formation pour l'unifier ;
- Insérer les actions de santé publique dans la vie de la Cité, les faire quitter l'hôpital et le système de soins.

La formation du 3^{ème} cycle de santé publique étudiée par le sous-groupe de travail s'adresse aux médecins spécialistes de santé publique ou aux médecins cliniciens avec une activité de médecine communautaire (pédiatre, gérontologie...). Le rapport propose une formation de 3^{ème} cycle de santé publique de quatre ans, composée de deux ans de formation théorique et pratique spécifique en santé publique, d'au moins 18 mois de formation clinique « car le

¹ Rapport Seligmann, propositions pour la réforme des études médicales, chapitre I, p 10

² Rapport Seligmann, propositions pour la réforme des études médicales, chapitre VIII, p 65

médecin de santé publique doit être un clinicien compétent »¹ et d'un semestre optionnel fonction de l'orientation de l'étudiant. Néanmoins, l'organisation d'une formation spécialisée en quatre ans ne semble pas avoir été l'idée d'origine du sous-groupe de travail. En effet, les textes préliminaires mentionnent une formation de deux ans qui suivraient l'internat, prenant la forme d'un résidanat ouvert à toutes les disciplines². Ces deux ans se dérouleraient dans des structures extrahospitalières, au sein d'organismes divers, avec un encadrement médical reconnu suffisant en qualité et en quantité. Plusieurs des acteurs interviewés mentionnent aussi cette préférence initiale d'un parcours avant tout clinique. L'un d'eux explique : « *On imaginait une année de formation spécialisée en santé publique au-delà de la clinique, c'est-à-dire en fin d'internat en gros, enfin comme on l'avait fait* », tandis qu'un autre indique que son parcours pouvait servir d'exemple : « *j'ai fait un internat clinique complet puis je suis allé à Boston. Du coup on imaginait ça comme ça* ». Un autre souligne que c'était une vision portée principalement par des cliniciens : « *ces cliniciens imaginaient la santé publique, la spécialisation, comme une année de master en fin de parcours, une année* ».

La formation spécifique en santé publique comporte un tronc commun avec une formation théorique en épidémiologie, sciences de l'ordinateur, statistiques, économie de la Santé, sociologie de la Santé, anthropologie, pédagogie, médecine légale, planification, gestion, administration et recherche ainsi que des notions générales sur les différents problèmes de santé³.

¹ Rapport Seligmann, propositions pour la réforme des études médicales, chapitre VIII, p 66

² Compte rendu réunion sous-groupe de travail « formation en santé publique », 1^{er} septembre 1981, archives privées

³ Rapport Seligmann, propositions pour la réforme des études médicales, chapitre VIII, p 67

La formation pratique du tronc commun est prévue dans des terrains de stage appartenant à quatre groupes¹ :

- PMI, santé scolaire, crèche, entreprise... ;
- DDASS, DRASS (direction régionale des affaires sanitaires et sociales), bureau municipal d'hygiène, services épidémiologiques des armées, unités hospitalières de santé publique, ORS... ;
- Consultations hospitalières et service d'urgence, centres de santé, hôpital local, secteurs de psychiatrie ou de soins à domicile... ;
- Organisme de financement des soins, unité de recherche Inserm en santé publique, organisme d'éducation pour la santé.

Une formation spécifique vient ensuite s'ajouter au tronc commun en fonction de la spécialité choisie par le futur médecin de santé publique : médecin de l'entreprise, médecin de l'école, médecin de secteur, de département ou de région sanitaire, médecin d'organisme de financement des soins, médecin épidémiologiste, médecins des « lois » ou médecin intervenant dans les pays en voie de développement. Le rapport prévoit que la formation du tronc commun se fasse en milieu universitaire et les formations spécialisées se répartiront entre l'université et les écoles spécialisées comme l'école nationale de santé publique (ENSP) de Rennes. Afin de pallier les faibles capacités de formation disponibles en France, le groupe de travail propose de favoriser les séjours de formation à l'étranger et de limiter l'ouverture de la filière de santé publique dans les premiers temps de la réforme².

Les propositions du rapport Seligmann concernant le contenu de la formation en santé publique sont également évoquées dans différents entretiens. L'un des membres du groupe

¹ Rapport Seligmann, propositions pour la réforme des études médicales, chapitre VIII, p 66

² Rapport Seligmann, propositions pour la réforme des études médicales, chapitre VIII, p 68

de travail mentionne l'importance d'une approche populationnelle et interdisciplinaire : « *clairement notre idée était d'aller vers une approche de santé publique plus ouvertement populationnelle et plus clairement interdisciplinaire* », tandis que d'autres parlent de l'accès des internes aux formations à l'étranger. Un des initiateurs interviewés se rappelle comment ils se sont appuyés sur leurs expériences personnelles, notamment à l'étranger, pour imaginer cette spécialisation en santé publique : « *c'était la période 80, je me souviens qu'on a passé des week-ends du côté de Sèvres à cogiter et on expliquait comment la formation en santé publique était structurée à l'étranger, à quel métier ça préparait... Ces métiers n'existant pas en France* ».

III. B. 2. iii. Les discussions autour de la loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques

Suite au « rapport Seligmann », les travaux de préparation législatifs sont lancés pour mettre en œuvre la réforme des études médicales et pharmaceutiques. Maxime Seligmann est chargé de porter cette réforme au sein du ministère de l'éducation nationale. Le ministère de la santé sera aussi impliqué, notamment par l'intermédiaire de Jacques Vivier, sous-directeur des professions de santé à la Direction Générale de la Santé.

Les travaux interministériels portant sur le projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques débutent en 1982. Une note exposant un premier projet de réforme est soumise pour avis par le cabinet du Premier Ministre à différentes personnalités, principalement hospitalo-universitaires, à la fin du mois de mars 1982¹. François Grémy est l'un des destinataires de cette note. Cette note et les échanges lui succédant font état des

¹ Note « Réforme des études médicales », du chargé de mission au ministère de l'éducation nationale au Premier Ministre, 25 mars 1982, archives nationales

divergences de points de vue entre les deux ministères, notamment concernant les modalités d'accès au troisième cycle. Puis, en mai 1982, une concertation officielle de plusieurs acteurs est mise en place s'appuyant sur un avant-projet de loi interministériel. La rapidité de cette concertation a été contestée par la suite, principalement par les universités et les étudiants. Suite à cette concertation, le projet de loi est soumis au Conseil d'État début juillet pour avis. Après plusieurs délibérations, le Conseil d'État donne un avis favorable sur l'ensemble du texte, émettant une réserve concernant la filière de santé publique (cf III. B. 2. iii. b). Le projet de loi est ensuite présenté en conseil des ministres le 12 juillet 1982, sans modification suite à l'avis du Conseil d'État.

Le projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques (n°1078, 1089) définitif est présenté au parlement dans le cadre d'une procédure accélérée¹ pour répondre aux directives européennes de 1975. Le texte est porté par le ministre de la santé, Jack Ralite, et le ministre de l'éducation nationale, Alain Savary. Le rapporteur du texte à l'Assemblée Nationale est Louis Lareng, député socialiste de la 3^{ème} circonscription de Haute-Garonne et rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, également médecin anesthésiste-réanimateur et fondateur du SAMU (service d'aide médicale urgente) en 1986. Louis Robin est également rapporteur à l'Assemblée Nationale pour avis de la commission de la défense nationale et des forces armées, il interviendra sur les questions d'articulation des études médicales et pharmaceutiques avec le service national, il est député socialiste de l'Ain. Le rapporteur du texte au Sénat est Adrien Gouteyron, sénateur RPR (Rassemblement pour la République) de Haute Loire et rapporteur de la commission spéciale, ancien rapporteur de la

¹ Le gouvernement peut déclarer l'urgence d'un projet de loi en engageant la « procédure accélérée » s'il estime que le texte doit être voté rapidement. Cette procédure permet de réunir la commission mixte paritaire après seulement une lecture du texte dans chaque assemblée.

loi « Veil Barrot Saunier-Seïté » du 26 août 1979 (cf III. B. 2. i. c). Les navettes parlementaires se déroulent entre le 21 septembre et le 16 décembre 1982.

En première lecture à l'Assemblée Nationale, 27 amendements sont proposés par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Ces amendements, tous adoptés, n'apportent pas de grandes modifications au texte du gouvernement. Entre autres, la possibilité aux médecins non universitaires de participer à la formation des internes est introduite et le contenu du bilan de la loi qui doit être présenté au bout de 5 ans est spécifié. Les amendements proposés par l'opposition seront tous rejetés ou retirés de la discussion. Lors du vote du projet de loi en première lecture à l'Assemblée Nationale, l'UDF et le RPR votent contre tandis que le PCF et le PS votent pour. Au final, le texte de l'Assemblée Nationale est adopté en première lecture à 328 voix contre 155 (Encadré 19).

Encadré 19 : Résultats du scrutin, extrait du compte rendu intégral de la 2^{ème} séance du Lundi 27 Septembre 1982, Archives de l'Assemblée Nationale

Résumé des votes en première lecture à l'Assemblée Nationale

- PS : pour 284 non votants 2 (pres AN et pres séance)
- RPR : contre 86 non votants 3
- UDF : contre 61 non votants 2
- PCF : pour 44
- Députés NI : contre 8 non votants 1

En première lecture au Sénat, les parlementaires, majoritairement opposés au gouvernement, suppriment de nombreuses modalités présentes dans le projet de loi de l'Assemblée Nationale, notamment la création des filières santé publique et recherche et la dénomination d'« internes » de médecine générale, revenant au terme de « résidents » ; conservant ainsi une hiérarchie entre les spécialités et la médecine générale. Les sénateurs suppriment également le caractère classant de l'examen d'entrée en 3^{ème} cycle. Le groupe socialiste, la formation des radicaux de gauche et le PCF estiment que le projet de loi est un retour à la loi

de 1979 et votent contre le texte du Sénat. Au final, le texte du Sénat, très différent du projet de loi initial, est adopté en première lecture à 194 voix contre 104.

Devant les divergences importantes entre les positions des deux assemblées parlementaires, la commission mixte paritaire ne peut pas établir de texte commun. Le texte du Sénat est donc proposé à l'Assemblée Nationale en deuxième lecture qui revient à son texte initial voté en première lecture. Le Sénat remodifie le texte de l'Assemblée Nationale en deuxième lecture pour revenir au projet de loi voté lors de sa première lecture. En troisième lecture à l'Assemblée Nationale, le rapporteur demande aux députés de voter le texte adopté par l'Assemblée Nationale en deuxième lecture sans modification, conformément à l'article 45 de la Constitution¹. L'ensemble du projet de loi tel qu'il résulte du dernier texte voté par l'Assemblée Nationale est adopté. La loi définitive est promulguée au Journal Officiel de la République le 26 décembre 1982.

III. B. 2. iii. a. L'internat pour tous et l'examen classant unique comme principales mesures

La loi porte exclusivement sur le 3^{ème} cycle des études médicales car les premier et deuxième cycles relèvent du domaine réglementaire. Les principaux objectifs énoncés par la loi sont la démocratisation du recrutement des médecins, la valorisation de la médecine générale et le décroisement des circuits de formation². Sans que cela ne soit mis en avant par les porteurs de la loi, cette réforme vise aussi à réguler la démographie médicale. Ces objectifs doivent répondre à plusieurs problématiques identifiées dans le contenu et l'organisation de

¹ Article 45 de la Constitution : « L'Assemblée nationale peut reprendre soit le texte élaboré par la commission mixte, soit le dernier texte voté par elle, modifié le cas échéant par un ou plusieurs des amendements adoptés par le Sénat ».

² Journal officiel de la République Française, compte rendu intégral de la première séance du lundi 27 septembre 1982, Archives de l'Assemblée Nationale

la formation des médecins par le « rapport Seligmann »¹ préparant la loi. En effet, la formation pratique est très limitée pour la plupart des étudiants, seule une « catégorie privilégiée » d'étudiants passe par l'internat et y acquiert une formation professionnelle considérée comme de bonne qualité. De plus, il n'y a pas de place identifiée pour la formation des médecins généralistes et la formation en santé publique est inexistante. Concernant l'organisation de la formation, le système est très cloisonné entre les filières, entre les différentes catégories d'hôpitaux, entre médecins et autres professionnels de santé... cloisonnement qui se reproduit dans le système de santé. Par cette loi, le gouvernement souhaite également pouvoir réguler la formation autour de besoins de santé identifiés.

« Les orientations caractéristiques sont : une valorisation réelle et poussée de la médecine générale ; l'unification de la formation du troisième cycle des spécialistes ; l'instauration de l'internat pour tous, avec quatre filières ; la création de filières nouvelles — santé publique et recherche. » Louis Lareng¹

Ce projet de loi propose certaines innovations pour se démarquer de la loi de 1979² :

- Un internat unique et inter-régional, qualifié d'« internat pour tous »
- Quatre filières pour le 3^{ème} cycle : médecine générale, médecine spécialisée, santé publique et recherche ;
- L'examen classant validant obligatoire (EVCO)
- Une régulation des postes selon les filières et les inter-régions par des commissions régionales, interrégionales et nationale.

¹ Les rapports « Gallois » et « Roux » sont également cités dans les échanges parlementaires mais n'ont pas été retrouvés dans les archives.

² Projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques, exposé des motifs, 2 août 1982, archives nationales

Très politique, cette mesure vise à unifier la formation des médecins lors du troisième cycle. Les différentes voies d'accès aux spécialités médicales (certificats d'études spécialisées, internat des régions sanitaires, internat des centres hospitaliers universitaires) sont supprimées et fusionnées en un cycle unique. En effet, les CES offraient une formation théorique approfondie sans formation pratique et, à l'inverse, les internats offraient une formation quasi-exclusivement pratique au sein des services hospitaliers. En termes de statut, les documents d'archives font souvent mention de l'importance d'appuyer sur le statut unique : tous les étudiants admis en troisième cycle ont le même statut d'interne et la même rémunération. Le terme « résident » est supprimé et tous les étudiants sont appelés « internes ». L'unicité du statut participe à la volonté de promouvoir la médecine générale, fil directeur de cette réforme. (Encadré 20)

Encadré 20 : Extraits d'archives faisant mention de l'internat pour tous

Extraits de documents faisant mention de l'internat pour tous, archives nationales et du Sénat

« L'internat pour tous, c'est la fusion de la responsabilité hospitalière et du savoir universitaire dans la diversité des formations et des différentes disciplines. [...] Au total : l'internat pour tous, c'est l'exercice de la responsabilité médicale associé à la formation dans sa spécialité pour toutes les disciplines » Note d'argumentation pour la réforme des études médicales, ministère de l'éducation nationale, archives nationales

« Dès lors, tous les étudiants du troisième cycle des études médicales seront internes, placés en position de responsabilité médicale en milieu convenablement encadré, hospitalier ou extra-hospitalier, avec un statut et une rémunération identique » Exposé des motifs, présentation du projet de loi en Conseil des Ministres, ministère de l'éducation nationale, archives nationales

« Je lis dans votre article que le gouvernement aurait, selon certains, « sauvé l'internat », je ne comprends pas ce que cela veut dire. En fait, cette réforme abolit tous les internats et tous les CES pour promouvoir la formation de tous les étudiants. C'est pourquoi nous appelons « internat » toutes les filières. » Interview de Maxime Seligmann, « réforme des études, le Pr Seligmann s'explique. A mi-continuité, mi-changement. », Le quotidien du médecin, vendredi 14 mai 1982, archives nationales

« Il est bon, selon moi d'affirmer qu'internes tous le seront. [...] C'est plus qu'un slogan : c'est un engagement pris depuis longtemps, depuis le temps de « l'école pour tous » pour laquelle on nous a fait les mêmes critiques que maintenant à propos de « l'internat pour tous ». » Franck Serusclat, sénateur PS, compte rendu intégral de la séance du mercredi 27 octobre 1982, Archives du Sénat

Cette mesure sera remise en cause par le Sénat lors des débats parlementaires qui déposera plusieurs amendements afin de revenir au terme de « résidents » pour les étudiants de troisième cycle en médecine générale. Ces amendements, adoptés au Sénat, seront finalement supprimés par l'Assemblée Nationale en troisième et dernière lecture.

« Pourquoi, en effet, masquer les différences sous le manteau de l'uniformité ? La définition d'une filière spécifique pour la médecine générale permet d'éviter toute confusion et de bien établir l'originalité d'une formation valorisée et réservée aux généralistes. Elle les situe au lieu de les confondre. Il en est de même pour les spécialistes qui font de l'internat une notion qui s'attache à une filière particulièrement longue et différenciée. L'internat respecte leur identité et l'effort qu'ils consentent. Les choses nous paraissent donc à la fois plus justes et plus claires. [...]

Le résidanat est un état, l'internat aussi. La filière, en principe, est une évolution qui permet à partir d'un point d'aboutir à un résultat en suivant un cursus. C'est vraiment du charabia. De plus, en pratique, c'est illogique. » Pierre Louvot, sénateur Fédération nationale des républicains indépendants¹

« Quant au texte touchant aux résidents et aux internes, il y a, là aussi, une contradiction entre ce que dit M. le rapporteur pour qui résident et interne, c'est la même chose et M. Louvot qui dit que résident ne veut pas dire interne ; chacun a sa place. Il faudrait que vous vous entendiez entre vous. Nous, nous nous entendons très bien. » Jack Ralite, Ministre de la Santé¹

¹ Compte rendu intégral de la séance du mercredi 27 octobre 1982, Archives du Sénat

Bien que tous les étudiants de troisième cycle aient le même statut d'interne, la durée de l'internat, son contenu et son organisation sont différenciés selon la discipline choisie par l'étudiant. Ainsi, quatre grandes filières sont mises en place :

- La filière de médecine générale, considérée comme une spécialité à l'égal des autres disciplines. La formation des omnipraticiens doit être de trois ans, après une période transitoire de deux ans pour des raisons budgétaires lors de la mise en place. Les internes de médecine générale sont formés dans les services hospitaliers avec un semestre au moins en CHU pour aider au décloisonnement des formations et mieux préparer au travail en équipe. Des semestres en extra-hospitalier doivent aussi être mis en place chez le praticien, dans les centres de soins, de médecine préventive et sur les lieux de vie et de travail.

« Pour la médecine générale, vous dites que la seule différence est qu'on les appellera internes. En fait, cela est plus profond, nous avons souhaité que cet internat dure trois ans : il faut plus de temps pour faire un bon généraliste que pour former un bon spécialiste. Pour des raisons budgétaires cet internat ne durera au début que deux ans. »

Maxime Seligmann¹

- La filière de médecine spécialisée est divisée en quatre disciplines : médecine, chirurgie, psychiatrie et biologie. Selon les disciplines, la formation est de quatre ou cinq ans. Les internes sont appelés à effectuer des stages en dehors de leur spécialité et dans les hôpitaux généraux afin de favoriser le décloisonnement et le travail en équipe.

¹ « Réforme des études, le Pr Seligmann s'explique. A mi-continuité, mi-changement. », Le quotidien du médecin, vendredi 14 mai 1982

- La filière de santé publique, d'une durée de quatre ans, préparant les internes à l'exercice des médecines préventives (médecine du travail ou scolaire), à la médecine légale et aux responsabilités médicales dans l'administration ou la sécurité sociale.
- La filière de recherche, d'une durée de quatre ans également. Cette filière vise à assurer à des médecins, après un minimum de formation clinique, la formation scientifique nécessaire pour postuler et obtenir des emplois de chercheurs. Dès le projet de loi, il est spécifié que le nombre d'internes en recherche sera faible.

L'organisation géographique pour le troisième cycle diffère selon les filières. La formation en médecine générale est effectuée au niveau des régions sanitaires tandis que les autres filières seront gérées au niveau des inter-régions. L'argument avancé pour cette distinction est que le cadre de la région sanitaire est trop étroit pour la formation aux spécialités, à la santé publique et à la recherche qui nécessitent un regroupement du potentiel pédagogique de plusieurs unités d'enseignement et de recherche (UER) et services qualifiants. Les inter-régions sont constituées sur la base d'accords entre CHU.

UN EXAMEN VALIDANT POUR TOUS LES ETUDIANTS : L'EXAMEN VALIDANT ET CLASSANT OBLIGATOIRE (EVCO)

L'examen validant le deuxième cycle des études médicales devient classant et obligatoire pour tous les étudiants. Cet examen remplace les examens de clinique et permet d'évaluer l'aptitude des étudiants à la synthèse des connaissances nécessaires pour poser un diagnostic et mettre en place des soins. Il est organisé deux fois par an au niveau des régions sanitaires. Un classement des étudiants est effectué à la fin de cet examen qui permettra dans un second temps d'affecter les internes de médecine générale dans les services. Pour l'accès aux filières de spécialités, de santé publique et de recherche, un concours facultatif est mis en place

annuellement au niveau de l'inter-région. L'EVCO et le concours se déroulent sur un programme identique et font appel aux mêmes types d'épreuves issues d'une banque nationale de questions. Le classement au concours sert de base au choix de la filière et de la spécialité au sein de chaque filière. Les étudiants peuvent se présenter deux fois au concours dans la limite de trois inter-régions différentes. Une pondération des épreuves, appelée coefficient de motivation, est également envisagée pour orienter les étudiants vers les différentes filières. L'ajout de cette pondération montre l'inquiétude des porteurs de la loi concernant les effectifs des filières santé publique et recherche. (Encadré 21)

Encadré 21 : Extraits d'archives faisant mention de l'EVCO

Extraits de documents faisant mention de l'examen validant et classant obligatoire, archives nationale

« Le cadre du déroulement des troisièmes cycles n'étant pas identique, les modalités d'accès ne peuvent pas être les mêmes. Point n'est besoin de soumettre les futurs généralistes à un examen ou concours qui s'ajouterait aux épreuves de validation. » Exposé des motifs, présentation du projet de loi en Conseil des Ministres, ministère de l'éducation nationale, archives nationales

« Le concours annuel se déroulera dans le cadre des inter régions [...]. Le classement obtenu servira de base au choix de la filière comme de la spécialité. A cet égard une pondération des épreuves pourra éventuellement contribuer à une motivation plus positive des candidats, vers les filières de la recherche et de la santé publique particulièrement » Note à l'attention du cabinet du Premier Ministre sur l'examen classant obligatoire, 23 mars 1982, archives nationales

La distinction des modes de recrutement entre la médecine générale et les autres filières est justifiée par le gouvernement par le fait que l'organisation du 3^{ème} cycle est différente, la médecine générale se déroulant dans les régions sanitaires tandis que les autres filières s'organisent au niveau des inter-régions.

Les modalités de l'examen de validation de fin de deuxième cycle est un des différends principaux entre le ministère de la santé et celui de l'éducation nationale. En effet, le ministère

de la santé souhaitait mettre en place un examen de classement unique et obligatoire pour tous les étudiants de 2^{ème} cycle, organisé au niveau régional, dont le classement permet de choisir les postes d'internes de spécialités, de médecine générale, de santé publique ou de recherche afin de « mettre à égalité les futurs généralistes et les futurs spécialistes »¹. Le ministère de l'éducation nationale propose quant à lui un examen national classant et obligatoire afin d'appuyer le principe de « l'internat pour tous » comme l'option la plus acceptable pour le gouvernement (Figure 2). Il propose néanmoins une solution de compromis en cas de contestation trop importante qui consisterait en un examen de classement unique et obligatoire en premier lieu, validant la fin du 2^{ème} cycle des études médicales, puis un concours facultatif pour l'accès aux spécialités, à la santé publique ou à la recherche. Le programme de ces deux examens devant être le même. Cette solution, qualifiée initialement par Maxime Seligmann de « pis-aller acceptable »², sera finalement celle sélectionnée par le gouvernement suite à la contestation vigoureuse des étudiants, appuyés par les universités, en avril 1982 contre un examen classant unique critiqué car il accentuerait l'approche théorique de la médecine tout en supprimant l'approche pratique des épreuves cliniques et augmenterait la sélection à l'entrée en 3^{ème} cycle.

« La notion de sélection par l'échec n'est qu'un slogan. Au contraire, au niveau de la formation, cet examen classant participe à la revalorisation de la médecine générale. Tous les étudiants auront le même type de préparation pendant le 2^{ème} cycle, l'examen classant et le concours facultatif portant sur le même programme, les futurs généralistes et les futurs spécialistes seront conduits à aborder les problèmes de la même façon au cours du second cycle, et le futur généraliste ne sera pas ainsi « délaissé ». » Maxime Seligmann³

¹ Note à l'attention du cabinet du Premier Ministre sur la réforme des études médicales, 25 mars 1982, archives nationales

² Note à l'attention du cabinet du Premier Ministre sur l'examen classant obligatoire, 23 mars 1982, archives nationales

³ « Réforme des études, le Pr Seligmann s'explique. A mi-continuité, mi-changement. », Le quotidien du médecin, vendredi 14 mai 1982

« Cette disposition [EVCO] n'a pas pour but d'instituer un barrage sélectif supplémentaire.

Sa raison d'être est de lutter contre la fâcheuse tendance actuelle des étudiants de chercher à acquérir des connaissances plus que d'acquérir des capacités à résoudre des problèmes et de faire « place nette » dans leur mémoire à la suite d'un certificat, pour s'intéresser à la discipline suivante. [...] C'est nier, pour reprendre un terme à la mode, la médecine globale. » Maxime Seligmann³

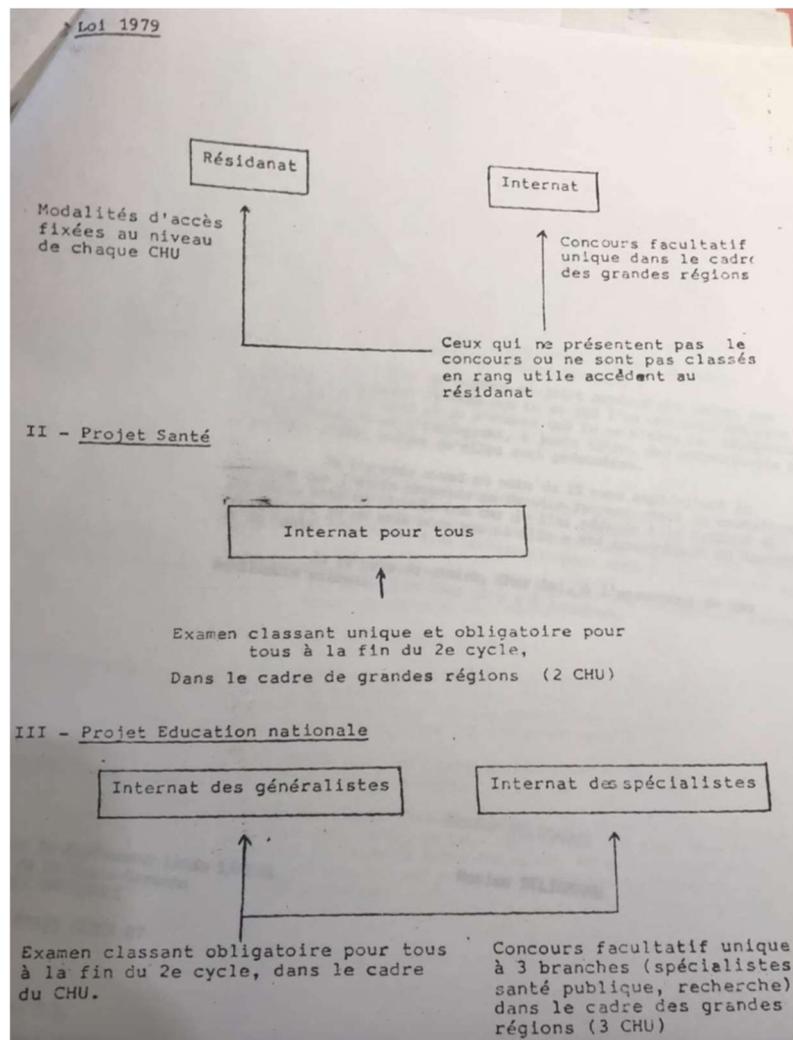


Figure 2 : Schéma récapitulatif des différentes modalités envisagées pour l'examen de fin de 2^{ème} cycle lors de la préparation de la réforme médicales, extrait d'une note à l'attention du cabinet du Premier Ministre sur la réforme des études médicales, 25 mars 1982, archives nationales

Après publication de la loi, cet examen validant et classant obligatoire sera l'objet principal des revendications des étudiants lors de la grève de 1983 (cf. III. C. 1. i. b). Les étudiants demandent une validation du 2^{ème} cycle, non pas par un examen, mais par des certificats d'enseignements théoriques et validation de stages hospitaliers donnant lieu à un certificat

de synthèse clinique et thérapeutique organisé dans chaque UER. Les étudiants s'opposent également fortement au caractère classant de l'examen de fin de 2^{ème} cycle. Enfin, pour l'accès aux filières autres que la médecine générale, les étudiants s'opposent à un concours unique et demandent des concours distincts d'accès à chaque filière (Encadré 22).

Encadré 22 : Revendications des étudiants en médecine lors de la grève de 1983, extraits d'archives, archives nationales

Slogans et banderoles des manifestations des étudiants en médecine contre la réforme des études médicales :

- « Une vraie réforme oui, un bachotage permanent, non »
- « Non à la sélection de fin de cycle »
- « Assez de sélection, pas de réforme sans consultation »

Extraits d'articles de presse :

- « Mouvement de grève dans les CHU parisiens : les étudiants s'opposent à la création du nouvel examen de sixième année » Le Monde, février 1983
- « Les étudiants en médecine : « nous ne sommes pas des bêtes à concours » » Le Monde, mars 1983
- « L'EVCO apparait comme une sélection par l'échec des futurs médecins généralistes et accroît les inégalités parmi eux puisque les mieux classés choisiraient les services les plus formateurs alors que l'inverse est sans doute préférable » Le généraliste, 2 avril 1983
- « Pour lutter contre cette loi, les étudiants se sont donné des moyens. Ils ont organisé un référendum national auquel 20 000 d'entre eux ont répondu. Les chiffres sont nets ; ils sont 93% à refuser l'EVCO » Le généraliste, 2 avril 1983
- « Pourquoi le gouvernement attendrait-il la sixième année pour coincer les étudiants ? » Le généraliste, 2 avril 1983
- « Les carabins expliquent les raisons de leur colère : « Un concours unique pour chirurgie et psychiatrie est une absurdité » » France-Soir, avril 1983

Lors de la mise en place effective de la loi, l'EVCO sera finalement remplacé par le certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) sans caractère classant (cf. III. C. 1. ii).

UNE TENTATIVE DE REGULATION DES POSTES

Des commissions régionales sont mises en place pour évaluer les besoins de santé et l'état de l'offre de formation sur leur territoire. Ces commissions sont composées des représentants

des assemblées régionales, des administrations, des UER médicales et des établissements hospitaliers, des organisations professionnelles de médecins, des internes en médecine et des organisations syndicales et familiales. Les dossiers des commissions régionales sont ensuite étudiés par des commissions techniques et pédagogiques inter-régionales qui donnent leur avis sur le contingentement des internes et l'agrément des services formateurs. Les dossiers évalués sont transmis à une commission nationale qui harmonise les travaux des commissions inter-régionales et transmet son avis aux ministres concernés. Les ministres arrêtent chaque année le nombre d'internes par inter-régions, par filière et dans les filières de médecine spécialisée et de santé publique par préparation du diplôme de spécialité. Ils fixent également la liste des services formateurs et répartissent les postes d'internes dans ces services.

Cette disposition, peu mise en avant par les porteurs de la réforme dans les communiqués de presse et les interviews retrouvés, vise à contrôler la démographie médicale sur le territoire et selon les spécialités. Comme l'indique l'exposé des motifs : « la formation des futurs médecins doit être reliée aux besoins prévisibles de santé dans l'ensemble du pays et plus précisément dans les régions. Il s'agit de préparer une démographie professionnelle souhaitable globalement et par spécialité »¹.

III. B. 2. iii. b. La création d'une filière de santé publique, une des mesures de la loi n°82-1098 du 23 décembre 1982

L'apparition de la filière de santé publique s'insère donc dans une loi comportant de nombreuses mesures, faisant rarement l'unanimité. La mesure créant la filière de santé publique au sein du troisième cycle des études médicales fera, elle aussi, l'objet de nombreux débats.

¹ Projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques, exposé des motifs, 2 août 1982, archives nationales

LES ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA FILIERE DE SANTE PUBLIQUE

Les documents préparatoires de la loi insistent sur l'insuffisance de la formation médicale en santé publique et déplorent l'absence de compétences des médecins en matière de prévention, d'éducation sanitaire et d'épidémiologie. Ces arguments sont avancés par les porteurs de la loi pour structurer la formation en santé publique par la création d'une filière¹ spécifique dans le troisième cycle des études médicales. Cette filière a pour objectif de former les internes intéressés à l'exercice des médecines préventives (médecine du travail ou scolaire), à la médecine légale et aux responsabilités médicales dans l'administration ou la sécurité sociale. Les arguments politiques pour cette filière se concentrent sur le développement de l'épidémiologie, qui permettra de construire les actions prioritaires en accord avec les besoins de l'époque, de la santé communautaire et de la médecine préventive. Cette filière permettra également de rattraper le retard français dans le domaine de la santé par le développement de la recherche et la formation (Encadré 23).

Encadré 23 : Extrait d'archive portant sur les objectifs de la formation en santé publique

Extrait d'une note administrative « La formation en santé publique », ministère de l'éducation nationale, archives nationales

« Deux objectifs pour cette formation :

- Préparer les médecins de toutes disciplines à leur participation à la mise en évidence et à la résolution des problèmes de santé de la Communauté.
- Former des médecins spécialistes de haut niveau dont l'exercice médical sera exclusivement consacré à la santé communautaire et qui seront les animateurs, les coordinateurs des actions de santé développées auprès des groupes de population, à la mise en œuvre desquelles ils participeront. [...]

Le second objectif [sera atteint] par la création d'une filière de troisième cycle de santé publique »

¹ La dénomination de « filière » est utilisée pour distinguer quatre catégories d'études médicales : filière générale, filière spécialisée, filière recherche et filière santé publique. Au sein de chacune des filières sont créés des DES déterminant la « spécialité » médicale (cardiologue ou pneumologue pour la filière spécialisée ; médecin du travail, médecin légiste ou spécialiste de médecine sociale et santé communautaire pour la filière santé publique)

« L'individualisation d'une filière de santé publique est justifiée par la nécessité de restructurer les actuelles filières de formation, qui sont multiples et éparpillées, et par l'importance que le gouvernement attache au développement de la prévention. » Maxime Seligmann ¹

INSERER UNE FILIERE DE SANTE PUBLIQUE DANS LE 3^{EME} CYCLE DES ETUDES MEDICALES, UN CHOIX POLITIQUE

Dans les entretiens, les acteurs sont nombreux à évoquer le changement politique de 1981, l'arrivée de François Mitterrand et de la gauche au pouvoir, comme un élément favorable au développement de la santé publique, domaine perçu comme « *de gauche* » :

« L'internat a été créé en 84. Le changement politique a été très important en l'occurrence en 81. » entretien avec un membre de l'administration

« Le 2^{ème} élément fort, c'est qu'on était en 81 donc c'était l'arrivée de Mitterrand. La santé publique était de gauche, on disait : « santé communautaire c'est de gauche », beaucoup disaient : « c'est du communisme ». [...] Le politique se valorisait en créant cette option, il marquait son passage en créant la filière » entretien avec un HU nommé dans les années 1980

« Il s'est quand même passé des choses en 81 82, on a eu un changement de régime qui n'a pas été négligeable, notamment sur le plan de la santé. » entretien avec un PUPH de santé publique

« Le Pr Seligmann qui était conseiller [...] a embarqué la suggestion de créer une maîtrise de santé publique, ça s'appelait « santé communautaire et médecine sociale » je crois à l'époque, c'était de gauche. Voilà. C'était aussi bête que ça. Mais développer un projet c'est réussir à s'inscrire dans le cadre politique du moment. » entretien avec un membre du groupe Seligmann

Malgré le souhait du sous-groupe de travail constitué dans le cadre du « rapport Seligmann » de faire de la formation en santé publique une ou deux années d'enseignement spécifique accessible à tous les médecins à la fin de leur l'internat, la filière individualisée de santé

¹ « Réforme des études, le Pr Seligmann s'explique. A mi-continuité, mi-changement. », Le quotidien du médecin, vendredi 14 mai 1982

publique est présentée dès l'avant-projet de loi dans l'article 1^{er}. La création d'une filière dans le 3^{ème} cycle est vue comme un choix politique du législateur faisant suite à des négociations entre Maxime Seligmann et le parti socialiste. L'un des membres du groupe de travail se rappelle : « *On imaginait une année de formation spécialisée en santé publique au-delà de la clinique. [...] On imaginait ça mais ça ne s'est pas passé comme ça. On a créé un internat de santé publique du premier jour à la 4^{ème} année. C'est des questions politiques. Seligmann devait avoir négocié avec le parti socialiste. Quand vous êtes un gouvernement de gauche vous négociez avec le parti de gauche. Le parti de gauche voulait probablement marquer les choses, du coup on a créé la santé publique comme ça* ». Un membre de l'administration insiste lui sur l'intégration de la santé publique en médecine au même titre que les autres disciplines médicales, ne prenant pas en compte les spécificités de cette formation, il souligne l'absence de rupture avec la pensée médicale : « *il y avait quand même, à mon avis, 2 options. L'option facile, la moins difficile disons, qui était de faire de la santé publique une spécialité comme les autres donc de créer un internat ; ou de créer un milieu de santé publique sortant des facultés de médecine. [...] Ce n'est pas ce qui a été choisi... Donc l'internat a été créé comme les autres disciplines, mis au choix comme les autres disciplines.* »

L'importance de la formation de l'ensemble des médecins dans ce domaine est très souvent mise en avant dans les documents préparatoires de la loi. Mais la nécessité de former un nombre limité de médecins exerçant exclusivement dans les disciplines de la santé publique par une filière spécifique est également présentée comme essentielle. Des raisons « pratiques » sont avancées par le politique pour la création d'une filière spécifique¹. D'une part, la formation clinique de ces futurs médecins doit être diverse et les passerelles d'accès

¹ Projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques, exposé des motifs, 2 août 1982, archives nationales

à cette filière après une formation permanente en cours d'activité doivent être facilitées, ce qui n'est pas compatible avec les autres filières. D'autre part, l'essentiel des stages se dérouleront hors de l'hôpital et ce dernier ne pourra pas rémunérer les internes de santé publique comme les autres. Enfin, la capacité de formation en santé publique étant très réduite dans le milieu hospitalo-universitaire, il sera nécessaire de s'éloigner des approches médicales classiques pour former les futurs médecins de santé publique.

L'intitulé « santé publique » ne semble pas avoir fait l'unanimité. En effet, les différentes versions du projet de loi archivées font mention tantôt d'une filière de « santé publique », tantôt de « médecine sociale » et une fois de « santé publique et médecine sociale ». Les documents d'archives, modifiés à la main à plusieurs reprises, témoignent de l'indécision des porteurs de la réforme pour dénommer la filière de santé publique (Figure 3, Figure 4 et Figure 5). Dans le projet de loi présenté au parlement, la filière est présentée comme « le 3^{ème} cycle de santé publique »¹.

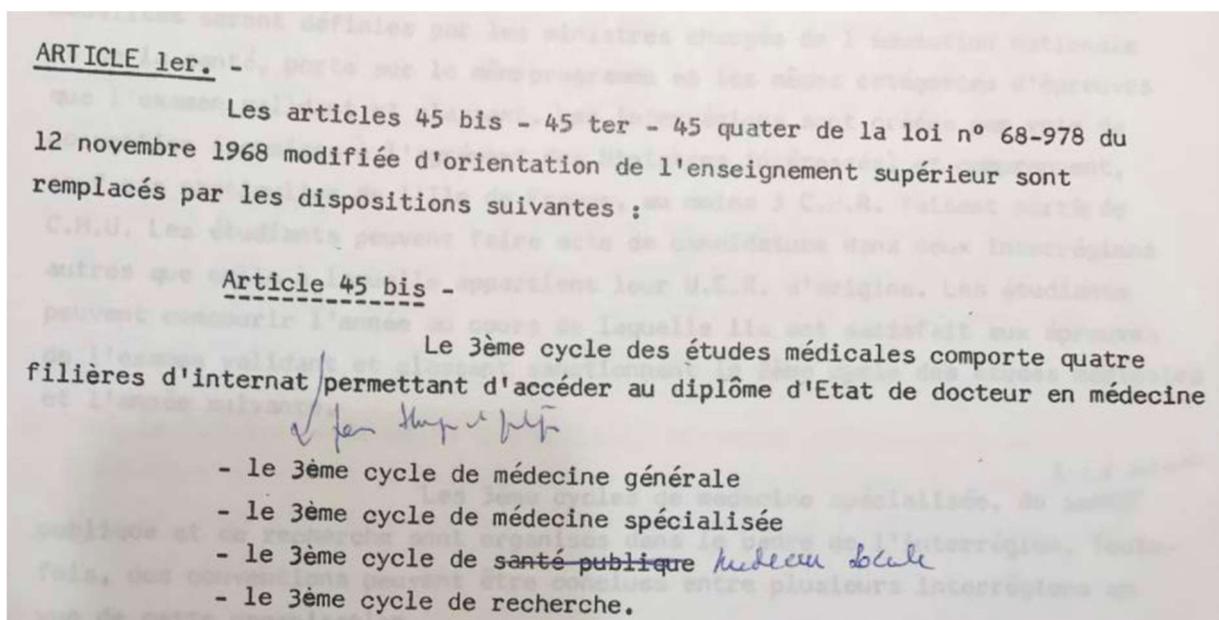


Figure 3 : Avant-projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques, article 1^{er}, version mai 1982, archives nationales

ARTICLE 1er -

Les articles 45 bis - 45 ter - 45 quater de la loi N° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée d'orientation de l'enseignement supérieur sont remplacés par les dispositions suivantes :

Article 45 bis -

Le 3ème cycle des études médicales comporte quatre filières d'internat

- le 3ème cycle de médecine générale
- le 3ème cycle de médecine spécialisée
- le 3ème cycle de ~~médecine sociale (réservé)~~ SP.
- le 3ème cycle de recherche.

Figure 4 : Projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques, article 1er, version juin 1982, archives nationales

pharmaceutiques.

ARTICLE 1er.-

Les articles 45bis, 45 ter et 45 quater de la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 modifiée sont remplacés par les articles 46, 47 et 48 ci-après :

"Article 46.-

Le troisième cycle des études médicales comporte quatre filières d'internat ainsi dénommées :

- a) la filière de médecine générale ;
- b) la filière de médecine spécialisée ;
- c) la filière de santé publique et de médecine sociale ;
- d) la filière de recherche médicale.

Figure 5 : Projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques, article 1er, version juillet 1982, archives nationales

UNE FILIERE PENSEE EN DEHORS DE L'HOPITAL AVEC DIFFERENTS MODULES DE FORMATION

L'exposé des motifs du projet de loi consacre un paragraphe pour décrire l'organisation de cette nouvelle filière, dite de santé publique. D'une durée de quatre ans, la filière de santé

publique comporte plusieurs options correspondant aux « disciplines d'exercice »¹. Deux années sont consacrées à la formation clinique des internes dans des stages du type de ceux que font les généralistes et les spécialistes. Des stages dans des structures extrahospitalières de santé publique sont prévus pour la formation pratique en santé publique. Une note de présentation du projet de loi indique que « l'essentiel des stages qui suivront la formation clinique se dérouleront hors de l'hôpital et l'on ne peut demander à cette structure de rémunérer l'interne qui travaillera ailleurs »².

Selon l'option envisagée par l'interne, des modules de formation spécifiques lui sont proposés : module santé publique, module médecine du travail, module « sécurité sociale » et module « services de l'enfance et de l'adolescence ». Ces modules, non inscrits dans la loi, seront modifiés lors de la mise en place de la filière et dénommés D.E.S (diplômes d'études spécialisés) (cf. III. C. 2. i). La particularité de la rémunération de ces stages extra-hospitaliers est avancée dès la préparation de la loi et sera un des points d'attention lors de la mise en place de la loi. Enfin, lors de la préparation de la loi, certains documents provisoires montrent que la possibilité de rendre exigible la qualification en santé publique pour entrer dans la fonction publique a été évoquée par le ministère de l'éducation nationale³.

CRITIQUES A L'EGARD DE LA FILIERE DE SANTE PUBLIQUE

Les débats autour de la réforme des études médicales se sont principalement orientés vers l'internat pour tous et l'examen validant classant et obligatoire. Néanmoins, les critiques à

¹ Projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques, exposé des motifs, 2 août 1982, archives nationales

² Note de présentation du projet de loi relative aux études médicales et pharmaceutiques en conseil des ministres, extrait, archives nationales

³ Brouillon d'exposé des motifs pour la loi relative aux études médicales et pharmaceutique, ministère de l'éducation nationale, non daté, archives nationales

l'égard de la filière de santé publique sont bien présentes dans les discussions, tant lors de la préparation qu'au moment de la mise en place de la loi.

Malgré les avis divergents sur l'intitulé de la filière, les deux ministères, Santé et Éducation Nationale, semblent partager la volonté de créer une filière de santé publique dans le 3^{ème} cycle des études médicales. C'est lors de la présentation du texte au Conseil d'État que la remise en cause de cette filière voit le jour. En effet, le Conseil d'État estime que cette formation doit venir en complément de celle de la médecine générale ou spécialisée étant donné que les métiers proposés à l'issue de cette filière (des médecins de PMI, des médecins de santé scolaire, des inspecteurs de la santé, des médecins du travail) requièrent des compétences très différentes. Il estime qu'une formation commune à tous ces médecins est difficilement envisageable et risque d'entraver les compétences particulières que doivent avoir chacun de ces profils. De plus, le Conseil d'État estime que mettre en place une filière de santé publique de quatre ans, accessible par un concours, risque de déprécier davantage la médecine générale qui ne nécessite pas de concours et se fait en deux ans. Dans son avis final, le Conseil d'État va donc supprimer la filière de santé publique du projet de loi, seule modification notable par rapport au projet de loi initial. Les ministères de la santé et de l'éducation nationale ne prendront pas en compte cette suppression dans le projet de loi présenté au conseil des ministres (Encadré 24).

Encadré 24 : Extraits d'archives illustrant l'avis du Conseil d'État sur la filière de santé publique

Extraits de documents relatifs à l'avis du Conseil d'État sur la filière de santé publique, archives nationales

« Le Conseil d'État, saisi par le gouvernement d'un projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques a donné un avis favorable à l'ensemble du texte en y apportant des modifications qui s'expliquent d'elles-mêmes, et sous réserve de la disjonction des dispositions afférentes à la filière d'internat de troisième cycle dénommée filière de « santé publique ». L'existence de cette filière lui a semblé, en effet, se heurter à de sérieuses objections tenant à la fois au contenu de cette formation et à la cohérence de l'ensemble

du système » Avis du Conseil d'État sur le projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques, 12 juillet 1982, archives nationales

« L'attention du Conseil des Ministres doit être appelée sur [les] points qui suscitent le débat [...] : la nécessité de mettre en place une filière de santé publique et de médecine sociale est contestée, y compris par le Conseil d'État qui n'y voit cependant pas d'objection juridique. Cette filière constituant un cadre de formation pour plusieurs professions médicales, son unité ne serait pas évidente et sa diversité la condamnerait. Il faut relever qu'il n'y a, dans la filière de médecine spécialisée, pas plus d'unité ni plus de points communs entre la formation de chirurgien orthopédique et celle du pédiatre ou du psychiatre. On fait valoir en outre que la formation des médecins aux exigences de la prévention, de l'évaluation de l'activité et de l'intégration de la dimension collectives des actes, doit être générale et non spécifique d'une filière. Tel est aussi notre projet, mais il ne nous semble pas condamner des formations plus poussées dans ces domaines, dispensées dans une filière spécifique. » Note de présentation du projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutique au Conseil des ministres, 21 juillet 1982, archives nationales

Les critiques à l'égard de la filière de santé publique se concentrent davantage lors des débats parlementaires, où les avis divergent selon les différents bords politiques. A l'Assemblée Nationale, la majorité parlementaire et le rapporteur étant du même bord que le gouvernement, la filière est maintenue malgré deux amendements allant dans le sens de sa suppression (RPR et PCF). En première lecture, les députés ajoutent un amendement visant à décloisonner la filière afin de rendre ses enseignements et stages ouverts aux autres internes et aux autres professions de santé (Encadré 25). Au Sénat, la majorité et le rapporteur, qui ne sont pas du même bord politique que le gouvernement, sont très opposés à la création d'une filière de santé publique (Encadré 26). La filière est supprimée par le Sénat lors de ses deux lectures. Elle est ensuite rétablie par l'Assemblée Nationale lors du vote bloqué en 3^{ème} lecture. Lors des débats, les parlementaires médecins semblent être les plus opposés la création de la filière de santé publique.

Encadré 25 : Résumé des discussions autour de la filière de santé publique ayant eu lieu à l'Assemblée Nationale lors des débats parlementaires sur la loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutique

Positions des différents partis politiques de l'Assemblée Nationale à l'égard de la filière de santé publique*

Le **PCF** (parti communiste français) estime que cette filière ajoute un cloisonnement supplémentaire alors que le projet de loi a pour objectif de décroisonner la formation médicale. Pour eux, la santé publique doit être l'affaire de tous les médecins et notamment des médecins généralistes. La filière doit être remplacée par une option particulière ouverte à tous les internes souhaitant orienter leur pratique vers la santé publique (amendement n°17, suppression des filières « santé publique » et « recherche » et amendement n°18, ajout d'une option supplémentaire pour les internes intéressés à l'exercice des médecins de santé publique ; les 2 amendements sont retirés suite aux précisions du rapporteur concernant l'organisation de la filière). Le PCF craint que l'ajout d'une filière spécifique introduise une trop grande spécialisation et écarte les autres médecins de cet exercice. Le PCF pose également la question du devenir de l'École de Rennes, question qui ne sera pas reprise par le gouvernement, le rapporteur ou d'autres parlementaires par la suite.

Le **parti socialiste** (PS) est lui favorable à la création d'une filière de santé publique, innovation qui permettra de mettre en place une véritable politique de prévention en développant un système coordonné et appuyé sur l'épidémiologie. Médecine du travail, médecine scolaire et PMI (Protection maternelle et infantile) sont les débouchés les plus souvent mis en avant par les députés socialistes.

Sur les bancs de la droite, le **RPR** partage le point de vue du parti communiste quant à l'utilité de la filière de santé publique et propose plutôt de mettre en place un complément de formation en dernière année de 3^{ème} cycle pour les médecins se destinant à un exercice de la santé publique (amendement n°1, suppression des filières « santé publique » et « recherche » et modification de l'internat de médecine générale en résidanat, amendement non adopté). Pour le RPR, les médecins de santé publique doivent avoir la même formation que les autres médecins, autrement ils se rapprocheraient davantage de « technocrates » plutôt que de « vrais médecins ». De plus, la création de spécialistes de la prévention risque de soustraire cette mission au corps médical.

Au centre, l'**UDF** (Union pour la démocratie française) est plus catégorique et souhaite supprimer la filière de santé publique car le médecin a pour rôle de défendre l'individu « quoi qu'il arrive » et non la collectivité. Un député UDF qualifie la création de la filière de santé publique de « choix politique dangereux » posant la question des responsabilités spécifiques de l'individu et de la société. De plus, pour l'UDF, comme pour le PCF et le RPR, la création d'une filière spécifique de santé publique est contradictoire avec la volonté de développer la prévention identifiée comme le rôle principal du médecin généraliste. L'UDF craint que l'apparition de médecins de santé publique ne ferme les portes des entreprises publiques et de la médecine scolaire aux médecins généralistes. La création de la filière de santé publique est perçue comme une volonté de favoriser la médecine fonctionnarisée plutôt que l'activité libérale. Malgré ces objections, l'UDF ne présente pas d'amendement pour supprimer la spécialité.

Le **rapporteur** regrette qu'il n'ait pas été prévu de formation de santé publique pour l'ensemble des médecins dans le projet de loi. La commission propose donc un amendement (amendement n°33) visant à ajouter des enseignements de santé publique dès le 2^{ème} cycle, ouvrir les enseignements et stages de santé publique aux autres filières

lors du 3^{ème} cycle ainsi qu'aux autres professions de santé en formation et en exercice. En réponse le gouvernement indique que les enseignements de santé publique en médecine se feront dès le premier cycle et sont en cours de mise en place par voie réglementaire.

« Amendement n°33 : Après le texte proposé pour l'article 53 de la loi du 12 novembre 1968, insérer le nouvel article suivant : « Des enseignements de santé publique seront dispensés aux étudiants dès le deuxième cycle d'études médicales sous forme obligatoire et optionnelle. En troisième cycle d'études médicales, les enseignements et stages dans le domaine de la santé publique organisés dans le cadre de la filière de santé publique sont ouverts aux internes des autres filières. Des enseignements théoriques plus particulièrement spécifiques à la filière de santé publique sont ouverts aux membres des différentes professions de santé en formation et en exercice, y compris les ingénieurs bio-techniciens et les administrateurs. »

La discussion de cet amendement est houleuse. L'UDF reproche le maintien de la filière alors que, par cet amendement, tous les médecins, et notamment les médecins généralistes, peuvent exercer dans le domaine de la santé publique. La création de la santé publique est alors perçue comme un moyen pour le gouvernement de prendre le contrôle de l'exercice médical. Suite à cette discussion, le PS propose un amendement n°53 simplifiant l'amendement n°33 (qui n'est pas adopté) ainsi rédigé : « Des enseignements dans le domaine de la santé publique seront dispensés à tous les étudiants en médecine et ouverts aux divers professionnels impliqués dans ce domaine. ». La volonté que la filière de santé publique soit entièrement décloisonnée est reprise par le rapporteur et le gouvernement. Cet amendement-ci est adopté.

*Le contenu de cet encadré est issu des comptes rendus intégraux des séances des 27 septembre, 23 novembre et 18 décembre 1982 à l'Assemblée Nationale

Encadré 26 : Résumé des discussions autour de la filière de santé publique ayant eu lieu au Sénat lors des débats parlementaires sur la loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutique

Positions des différents partis politiques du Sénat à l'égard de la filière de santé publique *

Le **rapporteur** de la commission spéciale du Sénat, Adrien Gouteyron, sénateur RPR, rapporte l'opposition du Sénat quant à la création de la filière de santé publique. Selon la majorité du Sénat, cette filière entraîne une spécialisation supplémentaire des médecins qui n'est pas nécessaire. La prévention doit être l'affaire de tous et les médecins souhaitant exercer à temps plein dans le secteur de la santé publique doivent suivre une formation complémentaire dispensée par l'école de Rennes. Le rapporteur craint que le gouvernement n'utilise cette filière pour « gonfler » les postes de médecins salariés au détriment des postes de médecins libéraux. Le groupe **RPR** estime que le gouvernement souhaite, par la filière de santé publique, réserver la prévention aux seuls médecins de santé publique et enlever cette mission aux médecins généralistes. De plus, une filière spécifique de santé publique ne permet pas de couvrir l'ensemble des débouchés dans ce domaine.

Le **PCF**, comme à l'Assemblée Nationale, n'est pas favorable à la création de la filière SP estimant qu'elle accentue les cloisonnements en réservant la santé publique à certains spécialistes.

Le **Groupe de l'Union des Républicains et des Indépendants** est également contre la création de la filière de santé publique car il estime que la formation en santé publique doit être plus tardive dans le cursus de formation des médecins. Il propose que cette formation se fasse après l'internat de médecine générale. Il perçoit la filière de santé publique comme un moyen de « nationaliser la médecine » et donc une « grave menace » pour la médecine libérale.

Le groupe **FI** (Fédération nationale des républicains indépendants) estime que la santé publique doit être une filière spécialisée parmi les autres, la prévention relevant du domaine de la médecine générale. Il craint également que cette filière soit un moyen de créer une « caste de technocrates de la médecine » et une « médecine fonctionnarisée et surveillée ». Le médecin de santé publique est perçu comme un moyen de contrôler le système de santé et de contraindre la médecine indépendante en augmentant le nombre de médecins salariés.

La **Gauche démocrate** va à l'encontre de ces critiques en démontrant qu'une filière spécifique de santé publique permettra d'élaborer une doctrine et de développer les méthodes et l'enseignement dans ce domaine.

Suite à la discussion générale du Sénat, un amendement est proposé au nom de la commission spéciale pour supprimer la filière de santé publique (amendement n°3). Cet amendement contient également la modification de l'internat de médecine générale en résidanat. Il est adopté une première fois par le Sénat. Le Gouvernement estimant que le vote manque de clarté demande un scrutin public. Les sénateurs socialistes et communistes regrettent le cumul des deux modalités, résidanat d'une part et suppression des filières de santé publique d'autre part, dans un même amendement. Le second vote à scrutin public adopte l'ensemble de l'amendement n°3.

*Le contenu de cet encadré est issu des comptes rendus intégraux des séances des 27 octobre et 16 décembre 1982 au Sénat

Lors de la grève des étudiants en médecine de 1983, la filière de santé publique sera également l'objet de quelques critiques de la part des étudiants même si ces dernières ne seront pas centrales dans leurs revendications. Leur opposition à la filière de santé publique porte principalement sur l'accès à cette filière par un concours commun à la filière de médecine de spécialité. Les étudiants demandant un concours spécifique à chaque filière du 3^{ème} cycle ou la suppression des filières « santé publique » et « recherche » pour ne garder qu'une filière de spécialité (cf. III. C. 1. i. b).

Conclusion

Après de longs débats au sein du groupe de travail Seligmann, des ministères de la santé et de l'éducation nationale puis des parlementaires, la loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques est finalement adoptée et publiée au journal officiel avant 1983. La formation à une spécialité médicale de santé publique, intégrée dans le troisième cycle des études médicales, est inscrite dans la loi. L'internat de santé publique est créé.

III. C. La mise en place d'un internat de santé publique (1984 – 1990)

La création de la filière de santé publique par la loi en décembre 1982 implique la mise en place rapide de celle-ci afin de permettre aux étudiants en médecine d'intégrer cette spécialité à la rentrée 1983. Pourtant, de fortes mobilisations des étudiants et des médecins vont faire reculer le gouvernement et retarder la mise en application de la réforme des études médicales. La construction de la filière de santé publique mobilise beaucoup d'acteurs, principalement des médecins de santé publique hospitalo-universitaires. La formation en santé publique dans le cadre de l'internat de médecine sera difficile à construire, avec plusieurs versions de maquettes travaillées pour finalement opter pour une formation plus réduite que celle imaginée dans le rapport Seligmann. Les premiers internes de santé publique apparaissent finalement à la rentrée 1984 et adapteront leur formation avec les enseignements disponibles dans leur inter-région.

III. C. 1. La longue et difficile application de la réforme des études médicales

III. C. 1. i. Concilier fortes contestations et obligations politiques

Une fois la loi relative aux études médicales et pharmaceutiques votée en décembre 1983, les ministères de la santé et de l'éducation nationale démarrent les travaux de mise en application rapidement. En effet, les directives européennes de juin 1975 obligent les états membres à harmoniser leurs formations avant 1984. La réforme doit donc être mise en œuvre pour la rentrée 1983. Cet empressement sera freiné par les importants mouvements de grève des étudiants puis des internes et chefs de cliniques qui débutent en février 1983. Pour tenter de mettre fin à la grève, le gouvernement suspend la mise en application de la réforme des études médicales et engage des travaux de réflexion plus généraux sur le système de santé français. La mise en place de la réforme des études médicales s'inscrit donc dans une volonté de transformation globale du système de santé en France. Les travaux d'application de la loi de décembre 1983 reprendront à l'automne 1983 pour une mise en œuvre à la rentrée 1984.

III. C. 1. i. a. Une mise en œuvre précipitée ?

Les travaux d'application interministériels sont mis en œuvre au début de l'année 1983. Une première version de décret d'application est proposée le 7 février 1983. Il reprend toutes les mesures de la loi relative aux études médicales et pharmaceutiques en commençant par « l'examen sanctionnant le 2^{ème} cycle des études médicales »¹. Deux sessions par an sont organisées au niveau de chaque région sanitaire. A l'issue de cet examen un classement des étudiants est établi et permet aux internes de médecine générale de choisir leur premier poste. Pour la médecine spécialisée, la santé publique et la recherche, un concours est

¹ Décret relatif à la réforme du troisième cycle des études médicales, projet, 7 février 1983, archives nationales

organisé dans chaque inter-région. Le nombre de postes dans chaque filière est fixé par arrêté des ministères de la santé et de l'éducation nationale. Pour la filière de santé publique, les étudiants admis choisissent « l'option » (ou le DES) qu'ils souhaitent préparer selon leur rang de classement au concours. Le premier stage est hospitalier mais des stages extra-hospitaliers sont également envisagés dans le cursus des internes de santé publique. Il est prévu dans le décret que les stages durent 6 mois, excepté les stages en laboratoire de recherche qui durent un an. Des passerelles entre les filières de médecine spécialisée, santé publique et recherche et la filière de médecine générale sont prévues, sous réserve d'avoir exercé au moins 3 ans dans sa filière d'origine et, pour les médecins généralistes, de se présenter au concours d'accès aux autres filières. Le projet de décret prévoit l'application de ces modalités pour l'année universitaire 1983-1984.

En février 1983, les travaux d'application de la réforme des études médicales sont déjà bien engagés et la mise en place pour la rentrée 83 semble possible. Néanmoins, plusieurs notes¹ internes du ministère de l'éducation nationale informent le cabinet du ministre sur les difficultés posées par une mise en place de la réforme dès l'automne 1983. Ce délai paraît trop court pour que le Conseil d'État et le Conseil Constitutionnel puissent donner leur avis sur le décret d'application et que les arrêtés fixant les inter-régions et les options ou DES soient rédigés. Ces notes mettent en garde le ministre sur le risque encouru par une procédure accélérée qui risquerait de relancer la contestation perçue au moment du vote de la loi.

¹ Note sur les modalités d'application de la réforme des études médicales et pharmaceutiques de 3^{ème} cycle de l'année universitaire 83 – 84, 9 mai 1983, archives nationales ; Note sur le calendrier d'application de la loi du 23 décembre 1982, 24 mai 1983, archives nationales ; Note sur l'application de la réforme des études médicales et pharmaceutiques (loi du 23 décembre 1982) – état de la situation, 3 juin 1983, archives nationales

III. C. 1. i. b. La mobilisation contre la réforme à l'origine d'une réflexion globale sur le système de santé français

A peine deux mois après le vote de la loi du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques, alors que les projets de décrets d'application sont bien engagés, les étudiants en médecine s'opposent violemment à la mise en œuvre de la réforme. Les étudiants s'organisent en un « collectif inter-CHU »¹ qui organise de nombreuses manifestations, très relayées par les médias (Figure 6), partout en France au cours du mois de mars 83. Ils seront plus tard rejoints par les internes et les chefs de clinique puis par les enseignants. Cette grève va stopper net les travaux de mise en application de la réforme des études médicales et avec eux la mise en place de la filière de santé publique.



Figure 6 : extraits d'articles de presse portant sur la grève des étudiants en médecine de 1983, archives nationales

Elle donne également lieu à de longs travaux de concertation et de médiation entre les étudiants et les cabinets ministériels de la santé et de l'éducation nationale. Suite à la grève,

¹ Dépêches AFP sur la grève des étudiants des CHU, février 1983, archives nationales

le cabinet d'Alain Savary est remanié et Maxime Seligmann est remplacé par Jean-François Girard (Encadré 27).

Encadré 27 : Biographie de Jean-François Girard

Le professeur Jean-François Girard est PUPH de néphrologie à l'hôpital Broussais dans le service de Jean Bariety dans les années 1970. Il évolue dans un milieu hospitalo-universitaire proche du professeur Paul Millez, grand patron parisien connu pour ses prises de positions politiques notamment dans le contexte du droit à l'avortement. En septembre 1983, suite aux grèves des étudiants contre la réforme des études médicales, Alain Savary lui propose de prendre la place de Maxime Seligmann. Jean-François Girard sera donc conseiller technique dans le domaine de la santé d'Alain Savary jusqu'en juillet 1984 puis de Jean-Pierre Chevènement au ministère de l'éducation nationale. Il est nommé directeur général de la santé pour succéder à Jacques Roux en février 1986, qui quitte la DGS pour mener sa campagne pour les élections législatives à Montpellier. Au moment de sa nomination à la DGS, Jean-François Girard pensait être remplacé après les élections législatives, dont la probabilité était forte qu'elles soient perdues par la gauche. Il restera finalement à la tête de la DGS pendant 12 ans, jusqu'en 1997. Aujourd'hui, Jean-François Girard est élu local à La Faute-Sur-Mer en Vendée.

UNE LEVEE DE BOUCLIER CONTRE L'EXAMEN VALIDANT ET CLASSANT

Dans un premier temps, les étudiants vont critiquer l'ensemble du contenu de la réforme des études médicales et l'absence de concertation en amont du vote de la loi¹. Leurs revendications vont ensuite se cristalliser sur l'examen validant et classant obligatoire (EVCO) dont ils demandent la suppression. Les étudiants s'opposent fortement au caractère classant de cet examen, craignant l'apparition d'une présélection après six années d'études. Les étudiants demandent une validation du 2^{ème} cycle par l'ensemble des certificats et les stages hospitaliers, sans examen supplémentaire. Les autres revendications des étudiants portent sur l'accès aux filières de médecine spécialisée, santé publique et recherche pour lequel ils demandent un concours ciblé en fonction des filières et non un concours unique donnant accès aux trois filières. Concernant la médecine générale, les étudiants du collectif inter-CHU

¹ Note du cabinet du ministre de l'éducation nationale sur la grève des étudiants en médecine, 17 février 1983, archives nationales

demandent une seule année de formation obligatoire en 3^{ème} cycle, la deuxième année pouvant être facultative. Ils demandent également le maintien des certificats d'études spécialisés (CES) pour permettre une troisième voie d'accès aux spécialités en plus du concours et de la passerelle prévue depuis la médecine générale. Les étudiants des facultés parisiennes s'inquiètent de la rémunération des internes et demandent que cette dernière soit à hauteur de celle perçue par les internes des hôpitaux avant la réforme¹.

Concernant la filière de santé publique, elle ne semble pas faire l'objet d'une franche opposition de la part des étudiants grévistes. Ces derniers vont seulement demander des précisions sur le contenu de la filière. L'opposition des étudiants à la création de la filière de santé publique se retrouve seulement dans les revendications concernant l'accès par un concours commun avec les autres filières. Les étudiants de Montpellier vont néanmoins demander que la santé publique soit considérée comme une spécialité au sein de la filière « médecine spécialisée », au même titre que la cardiologie par exemple, et non une filière².

LE CHOIX DE REPENSER LE FRANCE DE SANTE DANS SA GLOBALITE POUR METTRE FIN AUX CONTESTATIONS

Suite à ces mouvements de grève, le Président de la République, François Mitterrand, annonce, dans une déclaration faite à Dunkerque le 25 avril 1983, le lancement d'une mission de réflexion générale sur l'avenir du système de santé français (Encadré 28). Dans le cadre d'un voyage dans le Nord-Pas de Calais, le président répond aux préoccupations exprimées par le maire de Dunkerque au sujet de sa ville. Il prend exemple sur les mouvements des étudiants en médecine pour illustrer l'importance du dialogue entre le gouvernement et les

¹ Inventaire contradictoire des points d'accord et de désaccord entre les étudiants de l'inter-CHU et les représentants du gouvernement, 11 avril 1983, archives nationales ; Plateforme des critiques sur la loi n°82-1098 du 23-12-1982, lettre adressée par le comité inter-CHU à M. Lareng, 24 février 1983, archives nationales

² Lettre du recteur de l'académie de Montpellier à M. le ministre de l'éducation nationale, 21 mars 1983, archives nationales

« voix de l'opposition » et des « catégories qui se sentent marginalisées ». Le président met en avant l'incompréhension des étudiants quant à ce qui se prépare et en appelle à la raison pour stopper le mouvement. Il distingue deux mouvements distincts : les étudiants d'un côté et les internes et chefs de clinique de l'autre. François Mitterrand ouvre, par cette allocution, une médiation globale pour réfléchir au fonctionnement du système de santé en France, tout en rappelant l'autorité de l'État.

Encadré 28 : extrait de l'allocution du Président de la République à Dunkerque le 25 avril 1983 portant sur les mouvements de grèves dans le système de santé.

Extrait de l'allocution de M. François Mitterrand, Président de la République, à l'hôtel de ville de Dunkerque, lundi 25 avril 1983.

« Je porte grand intérêt à des voix comme la voix de l'opposition, la voix des catégories qui se sentent marginalisées, parfois écartées à tort des responsabilités du pouvoir. La décentralisation servira précisément à rétablir des équilibres. Tout cela quand j'ai l'occasion d'entendre des voix comme la vôtre, monsieur le maire, je vais peut-être vous surprendre mais je m'en réjouis. Et je voudrais que bien des catégories sociales qui se sentent aujourd'hui à l'écart ou menacées, prennent conscience que c'est trop souvent un malentendu d'origine qui ne doit pas reposer sur une réalité durable.

Regardez ce qui se passe actuellement dans les milieux de la santé. Vraiment cela m'a porté à réfléchir beaucoup sur ce sujet puisque vous voyez tant d'hommes et de femmes de talent qui comptent pour beaucoup dans la vie nationale, qui représentent généralement une très bonne qualification professionnelle, une forme culturelle de la vie nationale qu'il ne faut pas négliger et qui se trouvent, dirais-je en arrière de la main : c'est un terme tout-à-fait délicat, pour tenter d'expliquer ce qui se passe aujourd'hui.

- J'observe, parce que c'est mon rôle, que ce malentendu repose soit sur l'ignorance, soit sur l'absence d'un vrai dialogue. Ignorance par exemple. C'est vrai que lorsque les étudiants en médecine protestent contre une loi, c'est vrai qu'il y a une loi, que cette loi a été votée récemment et qu'elle peut heurter les souhaits ou les intérêts de ces étudiants en médecine avec l'existence nouvelle d'un concours, de certaines obligations à l'égard des filières, c'est-à-dire des spécialités¹. Un jeune médecin qui se prépare à son métier préfère par vocation telle ou telle forme de service et pas telle ou telle autre. Il faut absolument que les responsables de l'État conçoivent que toutes les dispositions sur l'application de cette loi doivent faire la part des choses, c'est-à-dire la part raisonnable de ce qui est demandé.

- Il en va tout autrement pour les internes ou chefs de clinique. Je ne veux pas dire par là que leurs revendications sont déraisonnables, certaines d'entre elles sans doute. Ce que je veux dire, c'est que c'est totalement négociable pour la raison toute simple, mais généralement ignorée, qu'il n'existe aucun texte qui engage le gouvernement dans ce domaine. Aucun. Il y a eu des projets, un début de concertation, des initiatives mais le

¹ Ici la distinction entre filière et spécialité n'est pas reprise par le président (cf. note 2. III. B. 2. iii. b)

gouvernement n'est aucunement engagé par aucune d'entre elles. A partir de là, il est tout-à-fait disponible pour débattre des revendications raisonnables qui ont été présentées dès le point de départ et non pas forcément toutes celles qui s'ajoutent à mesure que passent les semaines.

- La solidarité nationale exige que je me penche sur ce problème. J'en ai parlé à M. le Premier ministre Pierre Mauroy et je lui ai dit ce que je souhaitais. C'est-à-dire que la solidarité nationale devant s'exercer, le gouvernement ayant défini sa position, position de conciliation, il faut d'abord que l'État se fasse respecter, qu'il soit respecté.

- Un rendez-vous a été demandé par les ministres compétents disant : « nous sommes prêts à débattre » [...] Pour faciliter cet échange, j'ai demandé à M. le Premier ministre de faire appel à des personnes qualifiées, à ce que l'on appelle dans le monde ouvrier – mais après tout pourquoi n'aurions-nous pas le même vocabulaire pour des milieux qui ne le sont pas – des médiateurs. Il faut que, avant le 1^{er} août par exemple, relations soient faites, rapports soient remis, conclusions soient connues pour l'examen du gouvernement et de toutes les catégories intéressées afin que le 1^{er} octobre, les décisions soient prises en connaissance de cause. Cette conciliation nécessaire respecte l'engagement des membres du gouvernement mais interdit qu'on dise et qu'on fasse n'importe quoi. La solidarité nationale ne peut se perpétuer sans l'autorité respectée de l'État que j'entends faire respecter, croyez-le. »

Les cinq médiateurs désignés par le Premier Ministre sont trois médecins de renom et deux conseillers d'État reconnus pour leur expertise sur les questions de santé (Encadré 29). Ils sont chargés de « 1) rechercher des bases d'accords permettant aux médecins en grève (internes et chefs de clinique d'un part, étudiants en médecine d'autre part) de mettre un terme à leur mouvement ; 2) donner un avis sur le fonctionnement des hôpitaux publics, les carrières médicales hospitalières et universitaires et les études médicales, et faire toutes suggestions sur des réformes éventuelles. »¹.

Encadré 29 : Liste des médiateurs chargés de rendre des propositions sur le système de santé français à l'été 1983

- Extrait du rapport des médiateurs, « le système de santé français, réflexions et propositions », 1^{er} août 1983, archives nationales :

« Médiateurs

Messieurs :

- Jean Dausset, Professeur au Collège de France, Membre de l'Institut
- Jean Rey, Professeur de Pédiatrie, Directeur de l'U.E.R Necker-Enfants Malades

¹ Le rapport des médiateurs sur « le système de santé français – réflexions et propositions », résumé, 1^{er} Août 1983, archives nationales

- Pierre Schopflin, conseiller d'état en service extraordinaire
- Jean Terquem, conseiller d'état
- Maurice Tubiana, professeur à l'U.E.R de médecine Paris-Sud, directeur de l'institut Gustave-Roussy »

* Les encadrés respectent la mise en forme des archives : les parties soulignées ou en italique le sont sur le document référencé.

- Extrait de « La Lumière dans l'ombre : le cancer hier et demain », de Maurice Tubiana :

« Les conseillers de l'Élysée et Pierre Bérégovoy, alors ministre des Affaires sociales, eurent l'idée de faire appel à des médiateurs. Deux d'entre eux devaient être des conseillers d'État connaissant à fond les problèmes de santé, mais il fallait aussi des médecins. Le nom de Jean Dausset s'imposait, il venait d'avoir le prix Nobel et était, à juste titre, l'un des médecins français les plus respectés. Jean Rey était doyen de la faculté de médecine Necker-Enfants Malades, il était le chef de file des médecins réformistes et connu pour la netteté de ses opinions, ses capacités de travail et son engagement politique au côté du parti socialiste. On souhaitait que le troisième soit apolitique afin de donner des garanties d'absence de parti pris. On me sollicita donc, sans doute parce que j'avais à Villejuif des responsabilités médicales et administratives importantes mais aussi parce que depuis 1968, en conseillant des ministres aussi différents qu'Edgar Faure, Maurice Schumann, M. Boulin, Simone Veil et Jacques Barrot, j'avais acquis une réputation de technicité et de modération. »

Entre mai et août 1983, de nombreux échanges ont lieu entre les médiateurs et les étudiants, portant principalement sur l'EVCO. Les comptes rendus de ces échanges retrouvés dans les archives du ministère de l'éducation nationale font rarement référence à la filière de santé publique (Encadré 30). Les médiateurs proposent une troisième voie d'accès à cette filière par un concours spécifique à la fin du cursus de médecine générale, proposition qui ne sera pas retenue. Les discussions portent ensuite sur les effectifs consacrés à cette filière, les étudiants souhaitant que les internes de santé publique représentent une part moins importante des voies d'accès au 3^{ème} cycle par rapport à ce que souhaiterait le ministère de l'éducation nationale. Ces derniers ne semblent pas percevoir l'intérêt d'un quota important de médecins de santé publique. A la suite de ces échanges, les médiateurs proposent dans leur rapport qu'un comité consultatif permanent et un processus de concertation sur la réforme des études

médicales soient mis en place pour que les modalités de mise en œuvre de la réforme soient définies avec les étudiants.

Encadré 30 : Compte-rendu des propositions des médiateurs suite aux échanges avec les étudiants en médecine en mai 1983

Extraits des propositions des médiateurs suite aux échanges avec les étudiants en médecine, Mai 1983, archives nationales :

- Propositions des médiateurs du 05 mai 1983

« Afin de permettre une montée en charge progressive d'une formation de qualité en santé publique, il sera mis en place à titre transitoire une troisième voie de recrutement dans la filière de santé publique intervenant par concours sur quota à la fin de l'internat de médecine générale. Cette troisième voie s'ajoutera aux recrutements par les concours interrégionaux et par les modalités prévues pour les médecins ayant exercé pendant au moins trois ans leur activité professionnelle. »

- Propositions des médiateurs du 11 mai 1983

« Le nombre des places de santé publique n'excédera pas 5% pour l'ensemble des voies d'accès, soit pas plus de 1,5% pour la filière du concours unique. Les internes de médecine générale pourront se présenter à un concours spécifique de santé publique à la fin de leurs deux ans d'internat ; cet internat de santé publique devrait durer environ deux années. »

- Note du 16 Mai 1983 sur les propositions des médiateurs pour les études médicales (5 et 11 Mai 1983)

« Modifications mineures mais importantes par rapport à la rédaction du relevé de proposition du 11 Mai :

1. le nombre de place de la filière de santé publique avec accès par le concours interrégional unique devrait être limité à 2,5% et non 1,5% »

Dans le rapport final des médiateurs, « le système de santé français, réflexions et propositions », rendu le 1^{er} août 1983, certaines propositions vont évoquer la place de la santé publique dans le système de santé français (Encadré 31). Dès l'introduction, les médiateurs font état du retard pris par la France en médecine préventive et médecine sociale par rapport aux pays anglo-saxons. Selon eux, les médecins issus de la filière de santé publique devront être largement sollicités pour permettre de rattraper ce retard. Les médiateurs plaident pour le développement de la médecine préventive par la mise en place d'un « système rénové de santé publique » dont les praticiens seront issus de la filière santé publique. Ils insistent sur l'importance de développer une culture de santé publique parmi les médecins et les étudiants

pour persuader la population et les praticiens du « bien-fondé » d'une politique de santé publique. Les médiateurs proposent également un rapprochement entre le corps des médecins-conseil et les médecins hospitaliers, notamment dans le cadre des enseignements, et confortent l'importance de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) dans son rôle de formation.

Encadré 31 : Extraits du rapport des médiateurs portant sur la place de la santé publique dans le système de santé français, Aout 1983

Extraits du rapport des médiateurs, « le système de santé français, réflexions et propositions », 1^{er} aout 1983, archives nationales

Dans l'exposé introductif :

« Enfin, et ce n'est pas le moindre problème, alors que la France dispose d'une médecine thérapeutique de haut niveau, elle est très en retard par rapport aux pays anglo-saxons, au Québec, aux pays de l'Europe de Nord, sur le plan de la médecine préventive et de la médecine sociale.

Les malades en sont conscients, qui se plaignent de n'être pas pris en charge dans leur globalité, et en tenant compte de leur environnement et de leurs conditions de vie ou de travail. Les associations spécialisées insistent sur l'insuffisance d'enquêtes épidémiologiques de bonne qualité, d'une politique d'éducation sanitaire ambitieuse, d'une véritable politique préventive de la santé. Un effort particulier, rentable à terme doit être mené dans ces domaines ; il nécessitera une politique volontariste du gouvernement, la « montée en charge » et en responsabilité des médecins issus de la filière santé publique et une prise de conscience collective par tous les médecins et tous les citoyens de l'importance de la prévention. »

« Quelques idées fortes les ont [les médiateurs] guidés :

[...] – Définition d'une politique de médecine sociale, du travail et scolaire, et d'une politique préventive de la santé, ce qui nécessite la participation de tous les praticiens, et la coopération de tous ceux qui peuvent agir sur le comportement sanitaire des Français, en particulier les enseignants des lycées et des collèges et les média »

[Parmi les propositions] : « Faire entrer les médecins-conseil de la sécurité sociale dans les commissions consultatives médicales et dans les conseils d'administration des hôpitaux avec voix consultative. [...]

Il est d'ailleurs concevable et souhaitable qu'après un certain nombre d'années d'exercice hospitalier, des médecins des hôpitaux publics puissent postuler en détachement dans le corps des médecins-conseil et qu'inversement les médecins-conseil puissent participer, sous des formes qui restent à définir, à l'enseignement dans les CHU. Toutes les mesures de nature à rapprocher les deux corps de médecins hospitaliers et de médecins-conseil doivent de ce point de vue être favorisées. »

Au chapitre III, la médecine extra-hospitalière

- Introduction :

« Le développement des médecines sociales et préventives, élément essentiel d'une politique globale de la santé, passe à titre principal par la mise en place d'un système rénové de santé publique, recrutant ses praticiens dans la nouvelle filière d'internat « santé publique », même si cette forme de médecine peut et doit être, parallèlement, pratiquée par les médecins d'exercice libéral qui demeureront la majorité. »

- II. La médecine de santé publique

« Pour qu'une telle politique [de santé publique] soit entreprise et menée à bien, [...] il faut d'abord en persuader de son bien-fondé la population et les praticiens, tous les praticiens quels que soient leur spécialité et leur mode d'exercice. Il faut donc que changent les mentalités. A cet égard, la grande réticence avec laquelle les étudiants en médecine ont vu s'ouvrir la filière santé publique, dans le concours de l'internat en spécialité, témoigne de l'effort à accomplir pour développer, parallèlement à la médecine de soin, considérée comme seule prestigieuse et gratifiante, une médecine sociale et préventive. »

[Concernant la médecine du travail] : « il conviendrait à ce propos, de promouvoir rapidement certaines dispositions : créer un enseignement universitaire de médecine du travail d'un aussi haut niveau que celui des autres pays développés, créer des instituts universitaires de médecine du travail dont les médecins du travail devraient être les agents, de façon à garantir leur indépendance professionnelle, veiller à la stricte application du décret du 20 mars 1979, s'assurer que le financement des services médicaux du travail permet une médecine du travail de qualité, renforcer le contrôle des salariés sur cette institution,.... »

« Enfin l'école de la santé de Rennes, dont dépend en partie le rayonnement français dans les pays étrangers, du tiers monde, doit voir élargi et approfondi son rôle formateur. »

Un courrier de François Grémy conservé aux archives du ministère de l'éducation nationale révèle certains désaccords entre cet initiateur de la filière santé publique et les médiateurs (Encadré 32). François Grémy va exprimer la crainte de ne pas voir se développer certaines filières, comme la santé publique, par le fait que les facultés soient seules à fixer les postes d'affectation. Il demande l'élargissement de la possibilité de bi-appartenance pour les médecins afin de permettre à des médecins hospitaliers dont la discipline clinique est déjà enseignée à l'université de s'intéresser aux « nouvelles disciplines » telles que les sciences de l'information, l'épidémiologie ou la santé publique. Il plaide pour l'ajout d'une mission de prévention à l'hôpital au même titre que celles du soin, de la recherche et de l'enseignement instaurées par Robert Debré. Il propose également de pouvoir déroger à la bi-appartenance clinique et universitaire pour permettre le recrutement d'enseignants issus de nouvelles

disciplines comme les sciences de l'information, l'épidémiologie ou l'économie de la santé ; les médecins cliniciens n'ayant pas le temps de se sensibiliser à de telles disciplines pour pouvoir les enseigner.

Encadré 32 : Retour de François Grémy sur le rapport des médiateurs, lettre adressée au cabinet du ministre de l'éducation nationale en novembre 1983

Extrait d'une lettre de F. Grémy adressée à Monsieur Claude Carbon, conseiller technique au cabinet de Monsieur Savary, 23 novembre 1983, archives nationales

« Mon cher collègue,

Je me permets de vous adresser quelques réflexions sur le rapport des médiateurs, à la lumière de mon expérience dans les diverses commissions « Seligmann ». [...]

Le rapport avance des idées « personnelles » intéressantes. [...] Une idée fondamentale que le rapport esquisse mais qu'il faut développer : il faut un contre-pouvoir fort au pouvoir des facultés dans le choix des postes à mettre au recrutement et dans les affectations à l'issue du concours. Ceci est particulièrement vrai si l'on veut par une politique volontariste développer certaines disciplines : Santé publique, épidémiologie, médecine du travail, biostatistique notamment (toutes disciplines citées dans le rapport). Il faut donc mettre un bémol à l'autonomie des facultés. Le pouvoir central doit donc pouvoir créer autoritairement des postes dans certaines facultés et éventuellement y imposer des candidats extérieurs. Faute de quoi, toute tentative nouvelle est vouée à l'échec, ou du moins à un retardement considérable.

Ce qui est contestable : [...] Il faut davantage de dérogations à la bi-appartenance. [...] Beaucoup de disciplines cliniques [...] ont des besoins hospitaliers en large excès par rapport aux besoins d'enseignement. Ceci ne peut [...] qu'entraver le développement de disciplines nouvelles qu'il faut enseigner [...] (ex : sciences de l'information, épidémiologie, économie de la santé, santé publique... médecine du travail). [...]

Dernière remarque : les médiateurs, pas plus que les cabinets ministériels n'ont eu l'audace de proposer un changement de l'ordonnance de 58 : celui qui aurait consisté à rajouter « prévention » à la triade « soins, enseignement, recherche ». Ainsi la dimension « santé publique » serait-elle entrée « par la grande porte » dans les finalités du système de santé et sa promotion ne serait pas soumise à l'examen tatillon, voire hostile des C.M.C. [Commissions médicales consultatives des établissements hospitaliers]. La gauche manque en l'occurrence d'audace et de cohérence avec elle-même. Robert Debré, si l'on en croit ses discours des années 70, aurait, lui, eu le courage de changer – et de prolonger – ce qu'on appelle la réforme Debré. »

* Les encadrés respectent la mise en forme des archives : les parties soulignées ou en italique le sont sur le document référencé. Les parties entre crochets [] sont ajoutées pour une meilleure compréhension.

III. C. 1. ii. Des nouvelles modalités et un retard d'un an dans la mise en place de la réforme

Suite au rapport des médiateurs, les travaux d'application de la réforme reprennent en concertation avec les étudiants. La mise en place de la réforme est finalement reportée à la rentrée 1984 et le décret d'application publié au journal officiel de la République du 11 juillet 1984. Ce décret n°84-588 du 9 juillet fixe à titre transitoire l'organisation du troisième cycle des études médicales. D'autres décrets¹ sont publiés en 1985 et 1986 pour modifier certaines modalités de ce premier décret. Ces décrets portent sur les modalités de choix des internes et les options mises en place dans chaque filière ; ils n'entraînent pas de modifications majeures par rapport au décret initial de 1984.

Le titre I^{er} du décret d'application de la réforme des études médicales met en place le « certificat de synthèse clinique et thérapeutique » (CSCT) qui remplace l'EVCO, très contesté par les étudiants. Ce CSCT valide la fin du 2^{ème} cycle des études médicales et ne donne pas lieu à un classement. Le décret prévoit qu'à l'issue du CSCT, tous les étudiants effectuent un semestre d'internat en tant qu'« interne indifférencié ». Suite à ce semestre, les internes peuvent soit effectuer 3 semestres d'internat de médecine générale et soutenir une thèse d'exercice pour devenir docteur en médecine qualifié en médecine générale, soit passer le concours de l'internat de spécialités dans une à trois inter-régions. Ce concours comporte une épreuve multidisciplinaire et six épreuves optionnelles pour permettre l'accès aux filières santé publique et recherche et dans les quatre options de la filière médecine spécialisée :

¹ Décret n°85-1457 du 30 décembre 1985 modifiant le décret 84586 du 09-07-1984 fixant à titre transitoire l'organisation du troisième cycle des études médicales
Décret n°86-656 du 18 mars 1986 modifiant le décret 84586 du 09-07-1984 modifie fixant à titre transitoire l'organisation du 3eme cycle des études médicales
Décret n°86-1226 du 1 décembre 1986 modifiant le décret 84586 du 09-07-1984 modifie fixant à titre transitoire l'organisation du troisième cycle des études médicales

spécialités médicales, spécialités chirurgicales, biologie ou psychiatrie. Les candidats font connaître, au moment de l'inscription au concours, les filières et options dans lesquelles ils souhaitent être classés. Après le concours, les étudiants effectuent 7 à 9 semestres d'internat de spécialité pour leur formation pratique et reçoivent une formation théorique en fonction du diplôme d'études spécialisées (DES) dans lequel ils se sont inscrits. L'organisation de chaque DES est fixée par arrêté des ministres de la santé et de l'éducation nationale. Le décret ne liste pas les DES de chaque filière et les modalités spécifiques à la santé publique, comme les stages extra-hospitaliers. Ces modalités, décrites dans le projet de décret de février 1983, ne sont pas retenues pour le décret d'application final. A l'issue de leur formation, les internes soutiennent une thèse pour devenir docteur en santé publique, en recherche ou médecine spécialisée dans l'option suivie (Figure 7).

"Le troisième cycle des Etudes Médicales"

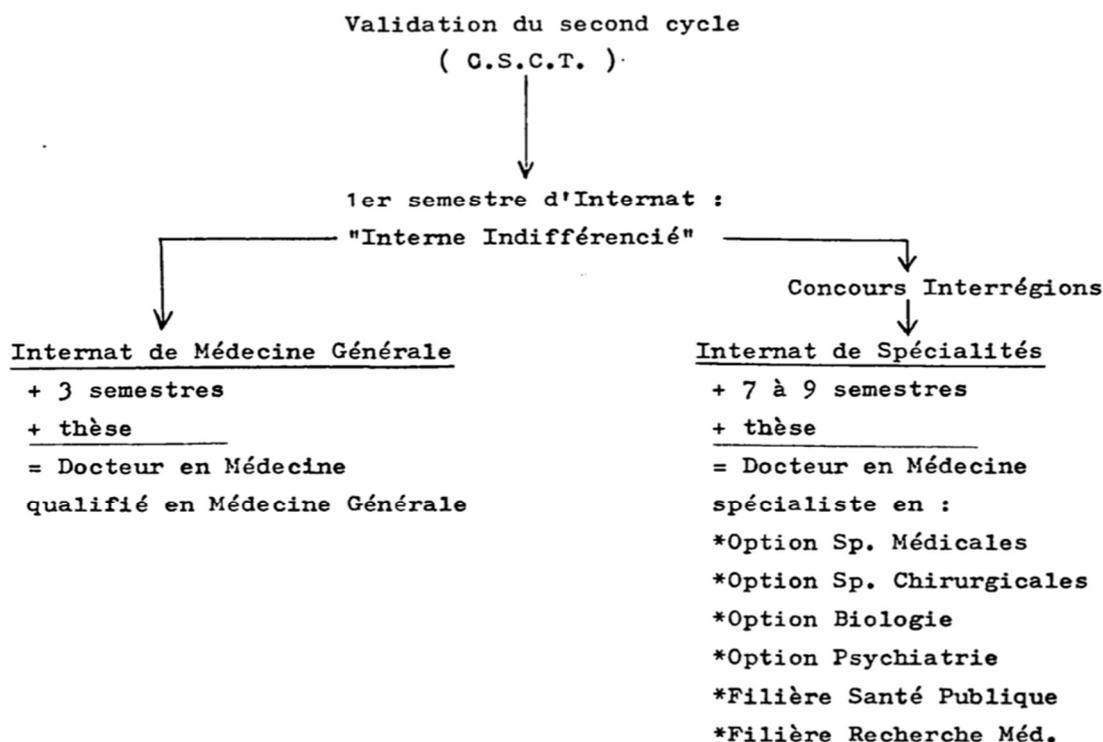


Figure 7 : Schéma du 3^{ème} cycle des études médicales selon les décrets d'application, figure issue de « la filière de santé publique de l'internat de médecine » de P. Bercelli (Paolo Bercelli 1986)

III. C. 2. Construction et organisation de la filière santé publique

La construction des enseignements de la filière santé publique commence fin 1983 pour finalement aboutir à un arrêté en février 1985¹. Au départ, la filière est divisée en six DES dont ceux de médecine du travail et de la médecine légale. De nombreux modules d'enseignements théoriques axés sur les méthodologies de santé publique d'une part et la pratique de santé publique d'autre part sont envisagés. L'apparition de nouvelles thématiques d'enseignement oblige les enseignants hospitalo-universitaires à faire appel à d'autres professionnels non-

¹ Arrêté du 8 février 1985 fixant la réglementation des diplômes d'études spécialisées de la filière de santé publique

médecins, médecins non universitaires ou structures extérieures aux facultés, telle que l'école de Rennes, pour construire les maquettes. Concernant les stages, la volonté de mettre en place des stages extra-hospitaliers, inscrite dans la loi du 23 décembre 1982, est confrontée aux problèmes techniques d'organisation de l'encadrement et du financement.

Finalement, l'organisation de la filière se fera en deux DES : « médecine du travail » et « santé communautaire et médecine sociale ». Ces DES regroupent des enseignements théoriques relatifs aux grandes disciplines de la santé publique et des stages hospitaliers et extra-hospitaliers principalement en administration pour la santé communautaire et médecine sociale et en entreprise pour la médecine du travail.

III. C. 2. i. Les premières maquettes de santé publique : une construction rapide et vécue comme « chaotique »

L'élaboration du contenu de la filière santé publique, bien qu'initiée lors des réflexions autour de Maxime Seligmann en 1981, démarre véritablement après la mise à plat des problématiques soulevées par la réforme des études médicales. C'est en décembre 1983 que les premières réunions de travail ont lieu. Ces travaux sont pilotés par la direction générale de la santé (DGS) au niveau du bureau des études médicales de la sous-direction des professions de santé. Plusieurs médecins hospitalo-universitaires de santé publique, déjà identifiés dans la construction de la réforme des études médicales, sont chargés d'élaborer les maquettes des différents DES : Marc Brodin (Encadré 15), François Grémy (Encadré 7), Bernard Pissarro (Encadré 4), Jacques Monnier (Encadré 2) et Jean-Pierre Deschamps (III. A. 2. iii). D'autres professionnels sont associés à la réflexion : le docteur Michel Durigon, médecin légiste, le professeur Michel Le Bras, directeur de l'UER médecine et hygiène tropicale de Bordeaux, le professeur Festy, pharmacien, enseignant hospitalo-universitaire de santé publique à Paris V, le docteur Jean-François Caillard, médecin du travail, Jean-Louis Lanoe, économiste, chargé

de recherche à l'INED (Institut national d'études démographiques), Serge Karsenty, chercheur en sociologie de la santé au CNRS, le docteur Joseph Rouault et le docteur Fouche¹. Jean-Claude Henrard (Encadré 33) intervient, lui, en tant que conseiller technique au cabinet du secrétariat d'État chargé de la santé. Au sein du ministère de la santé, la direction des relations du travail, la direction de l'administration générale du personnel et du budget (DAGPB) et la direction des hôpitaux participent également aux discussions de construction des DES de la filière de santé publique. La construction des enseignements reste interministérielle car la direction des enseignements supérieurs du ministère de l'éducation nationale intervient aussi dans ces travaux. L'ensemble des réunions de construction des enseignements de la filière sont menées par le ministère de la santé et plus particulièrement par la DGS. Ce dernier semble donc être le ministère pilote pour l'élaboration du contenu de la filière santé publique malgré le fait que le ministère de l'éducation nationale porte la réforme des études médicales de 1982 dans sa globalité.

Encadré 33 : Biographie de Jean-Claude Henrard

Jean-Claude Henrard est médecin, initialement spécialisé en médecine interne. Ses activités étant plutôt tournées vers la médecine sociale en gériatrie, il est nommé professeur de santé publique en 1984. Il s'est formé en épidémiologie aux États-Unis et effectue ses premiers travaux de recherche en épidémiologie des maladies rhumatismales. Il devient chef de service de gériatrie à l'hôpital Sainte Péline à Paris et dirige le laboratoire de recherche « santé, vieillissement ». Au début des années 1980, il est le rapporteur santé du 7^{ème} plan intitulé « vieillir demain », puis conseiller technique d'Edmond Hervé, secrétaire d'État à la santé.

Lancés en décembre 1983, les travaux d'élaboration des maquettes de DES doivent être rendus en février 1984 afin que les étudiants puissent prendre connaissance du contenu des

¹ Dans une note préparatoire pour la constitution du groupe de travail, Jean Claude Henrard demande la présence, aux côtés des médecins hospitalo-universitaires, d'un médecin inspecteur de santé, de médecins de santé scolaire et de PMI et d'un médecin de la sécurité sociale. Les docteur Rouault et Fouche correspondent probablement à un de ces profils.

maquettes avant le premier concours de spécialité prévu pour la rentrée 1984. Le calendrier demandé pour construire l'ensemble des enseignements de santé publique du 3^{ème} cycle est donc très contraignant. L'arrêté fixant l'organisation de la filière de santé publique est finalement publié le 8 février 1985. Au démarrage des travaux, monsieur Roux, DGS, rappelle que la construction de la filière de santé publique doit suivre deux fils directeurs : « le corps des médecins de santé publique doit être homogène, même s'il y a des spécialités différentes » et le nombre de médecins de santé publique doit augmenter car « le pays aura besoin d'un nombre plus important de médecins de santé publique »¹. Il demande aux membres du groupe de travail de donner un avis sur la régulation des flux à l'entrée des DES, car les commissions chargées de fixer le nombre d'internes par DES « auront des difficultés à donner des renseignements précis pour cette filière »¹.

La filière santé publique est divisée en plusieurs diplômes d'études spécialisées. Chaque DES comporte une formation théorique et une formation pratique. L'enseignement théorique est constitué de modules théoriques par grandes disciplines, communs aux différents DES, et de modules plus « professionnels » propres à chaque DES. La DGS demande au groupe de mettre en place deux types de groupes de travail : des groupes par DES et des groupes par modules élémentaires communs aux DES. La DGS et le ministère de l'éducation nationale insistent sur l'importance que ces enseignements soient construits en collaboration entre enseignants universitaires, chercheurs médecins et médecins non universitaires tels que les médecins inspecteurs de santé. Le groupe de travail est également chargé d'organiser les relations entre la filière santé publique et les autres structures « par exemple l'école de Rennes »².

¹ Propos de M. ROUX, DGS, compte rendu de la réunion du 15 décembre 1983 sur la filière de santé publique, archives DGS

² Compte rendu de la réunion du 15 décembre 1983 sur la filière de santé publique, archives DGS

Concernant la formation pratique, elle est constituée de 8 semestres de stages hospitaliers et extra-hospitaliers. La principale problématique identifiée par la DGS est l'ouverture de postes extra-hospitaliers. Il est demandé aux membres du groupe de travail de faire un inventaire des terrains de stages extra-hospitaliers selon les DES et d'en définir les objectifs de formation.

La DGS souhaite que le groupe de travail s'interroge sur la « finalité » de la filière de santé publique, les cadres d'exercice des médecins de santé publique et les statuts à prévoir pour ces derniers. Il semblerait en effet que ces questions n'aient pas été évoquées au moment des réflexions précédant la création d'une filière de santé publique. Les exemples de statuts énoncés par la DGS sont médecins scolaires, médecin de PMI, médecin du travail... L'administration attend donc du groupe de travail qu'il clarifie les conditions de recrutement des médecins de santé publique afin de pouvoir rédiger leur statut. Même si l'administration semble préférer un corps homogène de médecins de santé publique, la question d'un statut unique ou de plusieurs métiers n'est pas réellement abordée au moment de la construction de la filière. Pour la DGS, cette filière ne doit pas être conçue comme une formation axée sur un devenir universitaire et, selon l'éducation nationale, plutôt que d'exiger un volume de connaissances théoriques très important il faut former des professionnels capables d'évoluer et de s'améliorer par eux-mêmes. L'administration s'accorde donc sur le fait que la filière de santé publique doit être essentiellement « professionnelle » et que les enseignements doivent s'inscrire dans cette logique. De son côté, la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) ne souhaite pas donner l'exclusivité de ses postes aux médecins de santé publique et restera ouverte aux médecins des autres filières : « monsieur Roux note que pour la Sécurité Sociale, le Professeur Marty souhaite accueillir des médecins issus de cette filière mais aussi des

médecins issus des autres filières »¹. Enfin, le conseiller technique du ministre de la santé, Jean-Claude Henrard, propose un changement de perspective, avec l'idée de partir non plus des ressources disponibles, mais des besoins d'intervention en santé publique : « le rôle des professionnels ne doit pas être envisagé à partir de ce qu'il est actuellement mais il doit être imaginé en fonction de ce qu'il devrait être : par exemple développement d'une logique des besoins plutôt que d'une logique juridico-administrative »².

Faisant suite à ces remarques, le professeur Monnier, président du CNU de santé publique, précise que « les actions de santé publique seront confiées à des généralistes »² c'est pourquoi une formation complémentaire en dehors des DES doit être envisagée pour ces professionnels. Tant les enseignants que les administrations sont favorables à la création d'une formation complémentaire de santé publique sous forme de capacité ou de compétence.

III. C. 2. i. a. L'articulation de plusieurs DES au sein d'une filière qui se veut homogène

Les décrets d'application de la loi du 23 décembre 1982 relative à la réforme des études médicales prévoient que la filière santé publique soit divisée en plusieurs diplômes d'études spécialisées (DES). Ces DES sont créés par arrêté du ministre chargé de l'éducation nationale et du ministre chargé de la santé.

Lors des travaux d'élaboration de la filière de santé publique, la DGS et le ministère de l'éducation nationale demandent au groupe de travail de construire une maquette pour chaque DES. Un membre est désigné pilote pour chaque maquette (Encadré 34). La

¹ Compte rendu de la réunion du 15 décembre 1983 sur la filière de santé publique, archives DGS

² Jean-Claude Henrard, Compte rendu de la réunion du 20 février 1984 sur la filière de santé publique, archives DGS

détermination des médecins de santé publique dans leur spécialité est prévue au bout de 2 ans d'internat minimum et peut se faire jusqu'à la quatrième année d'internat. Les enseignants hospitalo-universitaires sont attachés à ce que le cloisonnement des DES se fasse le plus tardivement possible. Des passerelles doivent être pensées entre les différents DES pour permettre aux futurs médecins de santé publique de changer de DES sans recommencer l'internat. Ces passerelles, impossibles légalement pour les autres filières, seront une exception à la filière santé publique.

Encadré 34 : Liste des responsables pour chaque DES et chaque modules élémentaires communs de la filière santé publique. CR de la réunion du 15 décembre 1983 sur la filière de santé publique, archives DGS

Extrait du compte rendu de la réunion du 15 décembre 1983 sur la filière de santé publique, archives DGS

« Mise en place des groupes de travail

1. Groupes des DES :

1.1. Médecine légale :

Responsable Michel Durigon

Il existe déjà un groupe de médecins légistes qui seront associés. Des médecins légistes non enseignants et des représentants de la magistrature le seront également. [...]

1.2. Médecine du travail

Responsable Monsieur Rothan

Les problèmes spécifiques de la médecine du travail sont à prendre en compte. [...]

1.3. Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

Responsables Messieurs Deschamps et Bernard Pissarro

Le groupe sera ouvert aux médecins de P.M.I., de Santé Scolaire, enseignants (conseillers pédagogiques)

1.4. Santé publique : action sanitaire et sociale

Responsables : Marc Brodin et Joseph Rouault

1.5. Santé publique et pays en voie de développement

Responsable : Michel Le Bras

Nécessité :

- d'une harmonisation entre les enseignants en particulier avec la médecine tropicale,
- d'une consultation des usagers : le ministère de la coopération sera contacté
- de tenir compte des disciplines non médicales : anthropologie, sociologie, économie du développement etc...

1.6. Sécurité sociale

Responsable Marc Brodin

Le groupe fera appel au Docteur Sournia et à Monsieur Fouche

2. Groupe des modules élémentaires communs à tous les D.E.S

Les étudiants pourraient avoir à choisir un nombre déterminé de modules parmi la liste suivante :

- 2.1. Bases méthodologiques en statistique, informatique, épidémiologie et démographie :
Responsables François Grémy et Marc Brodin
- 2.2. Sociologie de la santé :
Responsables Bernard Pissarro et Serge Karsenty
- 2.3. Économie de la santé et système de santé :
Responsable Jean-Louis Lanoé
- 2.4. Droit et santé :
Responsable Michel Durigon
- 2.5. Nuisance et environnement :
Responsables Bernard Festy et Jacques Monnier
- 2.6. Communication :
Responsables Monsieur Lacronique et Monsieur Danzon
- 2.7. Gestion :
Responsables Michel Le Bras et Marc Brodin
- 2.8. Méthodologie de la santé publique :
Responsable Bernard Pissarro »

Dans les documents d'archives présentant les travaux de construction de la filière qui ont eu lieu entre décembre 1983 et février 1984, six DES sont identifiés :

- DES de médecine légale,
- DES de médecine du travail,
- DES « santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent »
- DES « santé publique et pays en voie de développement »
- DES de sécurité sociale
- DES « santé publique : action sanitaire et sociale »

Les échanges retranscrits dans les comptes rendus des réunions d'organisation de la filière, font apparaître que le DES « santé publique : action sanitaire et sociale » aurait pour objectif de former les médecins inspecteurs de santé et que le DES de sécurité sociale formerait les

futurs médecins de l'Assurance Maladie. Ces DES sont construits en collaboration avec l'école de Rennes pour le premier et l'Assurance Maladie pour le second :

« A propos du DES « santé publique : action sanitaire et sociale », M. Labrousse¹ estime que le document soumis à la discussion situe bien les objectifs et les compétences que doit acquérir le médecin inspecteur de santé. L'université et l'école de Rennes auront à se répartir en tâches, l'école de Rennes se situant en aval des DES. »²

Cette organisation n'est finalement pas celle retenue pour la filière de santé publique. En effet, l'arrêté du 8 février 1985 fixant la réglementation des diplômes d'études spécialisés de la filière de santé publique met en place seulement deux DES : « médecine du travail » et « santé communautaire et médecine sociale ». Le choix entre les deux DES doit être fixé par l'interne avant la fin du troisième semestre de son internat. Le DES de médecine légale, initialement intégré à la filière santé publique, devient rapidement un DESC (Diplôme d'études spécialisées complémentaires) et est isolé de la filière par l'arrêté du 14 mars 1986 complétant l'arrêté du 17 octobre 1984 fixant la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine.

III. C. 2. i. b. Des enseignements théoriques organisés en modules

Dès décembre 1983, il est prévu que l'enseignement théorique de la filière santé publique soit réparti en modules selon les différents DES. Les modules sont de deux types : des modules théoriques méthodologiques organisés par grandes disciplines, communs aux différents DES, et des modules plus professionnels, complémentaires. Le ministère de l'éducation nationale souhaite que ces modules complémentaires soient ouverts aux médecins généralistes et aux internes des autres filières. Dans cette optique, les enseignements doivent être

¹ M. Labrousse est conseiller technique du DGS

² Compte rendu de la réunion du 20 février 1984 sur la filière de santé publique, archives DGS

interuniversitaires¹. Huit modules théoriques communs à tous les DES doivent être mis en place par le groupe de travail (Encadré 34) :

- Bases méthodologiques en statistique, informatique, épidémiologie et démographie
- Sociologie de la santé
- Économie de la santé et système de santé
- Droit et santé
- Nuisance et environnement
- Communication
- Gestion
- Méthodologie de la santé publique

Ce tronc commun permet d'ouvrir des passerelles entre les différents DES. Il est prévu que les étudiants choisissent un nombre déterminé de modules au sein de cette liste. La DGS envisage de fixer à 2 ou 3 le nombre de modules par semestre.

En février 1984, les modules sont répartis en fonction des différents DES et leur caractère obligatoire ou optionnel est fixé (Figure 8).

¹ Compte rendu de la réunion du 15 décembre 1983 sur la filière de santé publique, archives DGS

	ML	MT	SMEA	ASS	PVD	SS
Sciences de l'information (= mise à niveau en statistique, épidémiologie, informatique)	O	O	O	O	O	O
Approche sociologique, économique et juridique des institutions de santé (= économie de la santé I)	O	O	O	O	O	O
Statistiques II			R	R		R
Méthodologie épidémiologique II			R	O	O	R
Informatique II			R	R		R
Sociologie de la santé II			R	R	O	R
Diagnostic de la santé d'une communauté			O	O	O	
Planification en santé publique			O	O	O	R
Economie de la santé II				O		R
Gestion d'un service de santé			R	R	O	
Droit et Médecine 1/2 module			R	R	R	R
Droit et protection sociale 1/2 module		O	R	R	R	R
Médecine et Droits de l'homme 1/2 module	R				R	
Prise en charge du dommage corporel dans les différentes législations 1/2 mod		O			R	O
Toxicologie fondamentale et méthodologique	O	O				
Nuisances et environnement	R	R		O	O	
Communication	R	R	R	O	R	R
Techniques de documentation	R		R	R		R

ML = Médecine Légale
MT = Médecine du Travail
SMEA = Santé Mère Enfant et Adolescent
ASS = Action sanitaire et sociale
PVD = Pays en voie de développement
SS = Sécurité Sociale

L'Administrateur Général de la Faculté de Médecine de la Santé

Figure 8 : Liste des modules méthodologiques selon les différents DES de la filière santé publique présentés par les membres du GT de construction de la filière de santé publique en février 1984. Annexe du compte rendu de la réunion du 20 février 1984 sur la filière de santé publique, archives DGS

Finalement, les enseignements retenus pour les deux DES de la filière fixés en février 1985 sont plus nombreux. Les thématiques initialement prévues sous forme de DES deviennent des modules au sein de l'unique DES « santé communautaire et médecine sociale ». Certains modules comme « méthodologie de la santé publique », « sociologie de la santé », « gestion d'un service de santé » ou « communication » disparaissent et l'enseignement de l'épidémiologie devient distinct de l'informatique médicale et des statistiques. Par ailleurs, il n'existe plus de modules communs aux deux DES (Encadré 35).

Encadré 35 : Liste des enseignements théoriques retenus pour les DES de la filière de santé publique, septembre 1986

Extrait de « La filière de santé publique de l'internat de médecine », Paolo Bercelli, Septembre 1986, p 19 (*Ibid.*)

« La santé communautaire couvre plusieurs orientations différentes, à savoir :

- 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 ...

La Médecine du Travail comprend également différents enseignements :

- Pathologie professionnelle
- Ergonomie et métrologie du travail
- Toxicologie
- Physiologie et biométrie du travail
- Hygiène et sécurité en milieu de travail
- Relations dans le monde du travail
- Droit du travail ... »

* Les encadrés respectent la mise en forme des archives : les parties soulignées, en gras ou en italique le sont sur le document référencé.

Dans les entretiens, plusieurs interviewés insistent sur le fait que les enseignements se sont construits à partir de ce qui existait déjà localement dans les enseignements des facultés : les statistiques, l'épidémiologie et l'informatique médicale ; et avec les enseignants disponibles, issus principalement de l'Inserm. Un des interviewés ayant participé aux travaux d'élaboration de la filière se rappelle : « *Il y avait les aspects de méthode, les statistiques, l'épidémiologie..., et des aspects de contenu : ceux qui s'occupaient de l'enfance, ceux qui s'occupaient de la gériatrie, etc. Il y avait au moins ces deux chapitres-là... Les maquettes ont aussi été créées par ce que les équipes universitaires étaient capables d'offrir en matière de formation* ».

L'épidémiologie prend, à ce moment, une place importante dans l'enseignement théorique de santé publique. En effet, elle devient un module obligatoire dès 1985 alors qu'il était initialement prévu qu'elle soit enseignée dans le cadre des « sciences de l'information », comme l'informatique médicale et les statistiques. Cette discipline sera d'ailleurs principalement enseignée par des chercheurs de l'Inserm et non les enseignants hospitalo-universitaires plutôt orientés sur d'autres disciplines comme l'hygiène. Les acteurs interviewés sont nombreux à évoquer l'épidémiologie lorsqu'ils parlent des enseignements mis en place dans le cadre de la filière de santé publique. Un hospitalo-universitaire qui a travaillé au ministère de la santé à cette période se rappelle la place importante qu'a pris l'épidémiologie dans l'enseignement en médecine par rapport à la santé communautaire : *« l'épidémiologie a joué un rôle, incontestablement. L'épidémiologie, ça rassure les médecins. C'est dur, c'est du solide, on peut leur demander des conseils. L'épidémiologie, incontestablement, a bien influencé. La santé communautaire, à mon avis, a beaucoup influencé le terrain mais pas tellement l'université ».*

Concernant la sociologie, un module non obligatoire est prévu dans les maquettes provisoires des DES de la filière mais n'est pas retrouvé dans le DES « santé communautaire et médecine sociale ». L'enseignement de cette discipline est resté très théorique, réduit à l'enseignement des outils de recueil de données mais pas de la méthodologie et du rapport aux approches théoriques. Un interviewé se rappelle, au sujet de l'enseignement de la sociologie : *« c'est ça qui est terrible, c'est que les sociologues on les rabattait sur la méthodologie, mais pas sur l'ensemble de la démarche, plutôt sur les outils, les outils qu'on utilise, parce que faire un entretien c'est les outils, ce n'est pas la méthodologie. »*

La place de Bernard Pissarro et de l'équipe du service de santé publique de Saint Antoine apparaît importante, comme l'explique un enquêté ayant participé à la construction des enseignements : « *l'équipe avec laquelle on fonctionnait c'était une équipe à l'hôpital Saint Antoine, dirigée par Bernard Pissarro et [...] François Canonne qui revenait du Québec [...]. Donc avec cette équipe j'ai travaillé beaucoup, elle m'a beaucoup aidé à modifier les enseignements pour les étudiants en médecine* ». Elle permet notamment l'intégration dans la formation théorique de l'approche de santé communautaire et de pédagogie active. D'après un interviewé ayant travaillé dans le service de santé publique de Saint Antoine, certains enseignements du DES « santé communautaire et médecine sociale » seraient issus d'un diplôme universitaire créé par Bernard Pissarro intitulé « développement social et santé communautaire ». Il souligne le caractère alors singulier de la vision qui y était développée : « *on était un peu marginaux avec notre approche, qui était une approche de santé communautaire. On aurait voulu l'intégrer dans le DES. [...] Le DU qui s'appelait « développement social et santé communautaire » s'est transformé en DES, a été une des branches du DES, qui devait avoir, ça me revient, une branche épidémiologie, une branche je ne sais pas... et il y avait une branche développement social et santé communautaire* ». Selon un autre enseignant interviewé, cette approche est colorée par le parcours de Bernard Pissarro et celui de François Canonne : « *notre maitre, Bernard Pissarro, c'était un pédopsychiatre, c'était un des premiers profs nommés en santé publique, c'était un leader de 68, président du syndicat des chefs de clinique, qui a aidé à monter la filière de santé... enfin... la formation en santé publique à Saint Antoine avec un ami, François Canonne, qui était allé se former au Québec en santé publique et à Cuba d'où il est revenu avec plein d'idées.* » Leur approche, et le centre de documentation créé à Saint Antoine, contribue à la diffusion de ces idées parmi les enseignants en santé publique : « *il [Bernard Pissarro] a monté un important*

centre de documentation à Saint Antoine en santé publique, qui [...] a alimenté la réflexion de ses collègues pour leurs enseignements. »

Plusieurs interviewés se rappellent toutefois la faiblesse des enseignements au début de la filière. Pour l'un d'entre eux, il n'y avait pas de réelle maquette de formation lors de la mise en place de la filière. Pour un autre, l'internat était très peu construit au début mais s'est structuré petit à petit. Enfin, un des interviewés, enseignant hospitalo-universitaire, insiste sur le fait que les modules du DES « santé communautaire et médecine sociale » n'étaient pas d'un très bon niveau : « *un interne qui se contentait de faire les trucs qui étaient au programme officiel du DES, ce n'était pas un vrai professionnel de santé publique* ».

III. C. 2. i. c. Organiser un enseignement pratique adapté aux spécificités de la filière

Dans les travaux d'élaboration de la filière, comme dans ceux du rapport Seligmann, la principale préoccupation des acteurs est de permettre aux internes de santé publique d'avoir accès à des stages extra-hospitaliers afin qu'ils puissent se former dans les structures susceptibles de leur offrir des postes en post-internat. En février 1984, les maquettes présentées par les enseignants prévoient des stages dans des « structures de santé publique »¹ et dans des « services hospitaliers » de santé publique ou d'autres spécialité en fonction des DES (Encadré 36). Les terrains d'accueil extra-hospitaliers envisagés pour les internes sont les DRASS, les ORS, les laboratoires municipaux d'hygiène, les établissements de prévention, les entreprises (pour la médecine du travail), les services de sécurité sociale² ...

Encadré 36 : Listes des stages par DES identifiés en février 1984

Extrait du compte rendu de la réunion du 20 février 1984 sur la filière de santé publique, archives DGS

¹ Compte rendu de la réunion du 20 février 1984 sur la filière de santé publique, archives DGS

² Note sur la filière santé publique du 3^{ème} cycle des études médicales, de Jean-Claude Henrard au directeur général de la santé, M. Roux, septembre 1983, archives nationales

« La fin de la réunion est consacrée aux stages et à une approche des flux

1. Médecine légale

- 1 semestre indifférencié
- 3 semestres dans les services spécifiques de médecine légale d'ont l'un obligatoirement extra-hospitalier (institut médico-légal, service de médecine pénitentiaire, contrôle médical de la sécurité sociale...)
- 4 semestres entièrement libres relevant d'autres DES
- Pas d'indication de flux

2. Médecine du travail

- 4 semestres extra-hospitaliers :
 - o En milieu du travail
 - o Dans les organismes de S. S.
 - o Travail et emploi
 - o Étude clinique et recherche
- (consultations de pathologie professionnelle, instituts de médecine du travail, INRS etc...)
- Flux : 150 par an au minimum

3. Santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent

- 3 semestres dans des structures de santé publique (2 en milieu extra-hospitalier, 1 dans un service de santé publique hospitalier)
- 1 semestre hospitalier dans un service de pédiatrie ou de gynécologie obstétrique
- 4 semestres libres
- Flux : 50 à 70 par an

4. santé publique et pays en voie de développement :

- 2 semestres dans une structure de santé publique d'un P.V.D.
- 1 semestre dans une structure de santé publique française
- 1 semestre dans un service hospitalier de maladies tropicales
- Passage dans un centre de documentation
[...]
- Flux : 35 à 45 par an en tenant compte des français et des étrangers

Sécurité sociale

- 4 semestres extra-hospitaliers
 - o 1 en institution
 - o 1 en médecine du travail
 - o 2 en DRASS, DDASS, tutelle des hôpitaux organismes s'occupant des handicapés et d'inadaptation, services de main d'œuvre...
- 1 stage chez le praticien
- Le reste en milieu hospitalier
- Flux : 20 par an
- L'institution continuera à recruter parmi les médecins généralistes et les spécialistes

Santé publique : action sanitaire et sociale

- Des propositions précises devront être faites
- La demande de stages extra-hospitaliers pendant l'internat paraît peu importante, les stages plus spécifiques seraient envisagés lors de l'intervention de l'école de Rennes.

- Flux : 50 par an »

* Les encadrés respectent la mise en forme des archives : les parties soulignées, en gras ou en italique le sont sur le document référencé.

L'enseignement pratique définitif est composé de 8 semestres. La plupart des stages s'effectuent dans des structures agréées pour un des deux DES de la filière de santé publique. Quatre semestres « libres » sont possibles dans des services agréés dans d'autres spécialités (médicales, chirurgicales, psychiatriques, biologiques ou recherche médicale). En revanche, les trois premiers semestres de l'internat de santé publique doivent s'effectuer dans des stages des maquettes des DES « médecine du travail » ou « santé communautaire et médecine sociale ». Pour la filière de santé publique, la liste des stages est interrégionale à la différence des autres filières qui ont une organisation par subdivision. L'interne de santé publique peut donc choisir un stage parmi les services agréés de toutes les villes de son inter-région (*Ibid.*).

Concernant la mise en place des stages, l'un des acteurs interviewés se souvient de débuts un peu « *chaotiques* ». L'offre de stage est très restreinte au moment de la création de la filière car il est difficile de trouver des lieux de formation adéquats, comme en témoigne une enseignante : « *le DES est arrivé et là on s'est demandé : mais que leur enseigner à ces internes ? On leur a trouvé des stages cahin caha... Mais comment leur donner une formation théorique ? Donc là, tout le monde s'est réuni...* ». Selon un acteur ayant participé à l'élaboration de la filière, les enseignants ont « *essayé de repérer les services cliniques qui s'intéressaient à autre chose que la clinique pure et dure, par exemple les maladies infectieuses, il y avait comme ça des spécialités cliniques qui étaient un peu plus ouvertes que d'autres* ».

III. C. 2. ii. De nombreuses problématiques identifiées dès la construction de la filière

Dès la première réunion de travail, le ministère de la santé établit la liste des problématiques soulevées par l'organisation de la filière de santé publique¹ :

- Organisation des DES en deux types de modules (« théoriques » et « professionnels ») avec certains modules communs aux différents DES,
- Collaboration d'enseignants universitaires avec des chercheurs non-médecins et des médecins non universitaires tels que médecins inspecteurs de la santé ou médecins du travail,
- Localisation des terrains de stage extra-hospitaliers,
- Articulation de la filière avec l'école de Rennes,
- Prise en compte des problèmes spécifiques posés par la sécurité sociale et la médecine du travail,
- Réflexion sur la régulation des flux d'internes formés afin d'appuyer les commissions régionales et interrégionales pour qui il sera difficile de donner des renseignements précis pour cette filière.

Tant le ministère de la santé que celui de l'éducation nationale seront particulièrement vigilants sur ces points tout au long de la construction de la filière.

L'administration se pose également la question du statut des futurs médecins de santé publique. Les documents d'archives témoignent de discussions sur la mise en place d'un statut unique de « médecin de santé publique de l'État », remplaçant celui de médecin inspecteur de santé et chargé de l'enseignement en santé publique. Ces interrogations sont retrouvées tant du côté des MIS eux-mêmes : « au demeurant, il n'est peut-être pas invraisemblable

¹ Compte rendu de la réunion du 15 décembre 1983 sur la filière santé publique, archives DGS

d'envisager la constitution d'un corps unique de médecins de santé publique, chargé tant de l'enseignement universitaire (de base et de spécialisation) que de l'exercice de cette spécialité dans le cadre de l'administration. L'enseignement y gagnerait sans doute un sens des réalités qui lui fait parfois défaut, la collectivité y gagnerait de voir sa politique stimulée et enrichie par la recherche universitaire »¹ ; que du côté de l'administration : « doit-on concevoir un statut unique des médecins de santé publique de l'État qui engloberait les médecins ayant des responsabilités administratives, ceux ayant des fonctions de conseil technique, mais également ceux exerçant des tâches préventives ? Doit-on au contraire préférer deux (ou plus) statuts distincts en fonction des missions spécifiques de ces médecins ? Ne faut-il pas insister sur l'importance des équivalences et passerelles entre MSP (*Sic.*) [médecins de santé publique] des collectivités territoriales et MSP de l'État qui devraient être strictement comparables ? »²

Les enseignants hospitalo-universitaires, quant à eux, s'inquiètent de l'avenir hospitalier et hospitalo-universitaire des futurs spécialistes de santé publique. Cette préoccupation, formulée dès les travaux du professeur Seligmann, ne semble pas avoir été prise en compte par l'administration dans les travaux d'élaboration de la filière. Les enseignants demandent donc à ce que le groupe de travail réfléchisse également aux perspectives de carrière des internes de santé publique et insistent sur le besoin d'enseignants hospitalo-universitaires pour encadrer les étudiants de la filière³.

Concernant les stages extra-hospitaliers, leur mise en place rencontre plusieurs difficultés. Pour l'administration, deux problèmes majeurs se posent : l'agrément et le financement de ces stages. En effet, les universités ne sont pas habilitées à déterminer les terrains d'accueil

¹ Note « pour la santé publique », association des médecins inspecteurs de la santé, 1981, archives nationales

² Note sur les statuts des médecins de santé publique, de la direction de l'administration générale du personnel et du budget, à l'attention du directeur général de la santé, 8 novembre 1983, archives nationales

³ Compte rendu de la réunion du 15 décembre 1983 sur la filière santé publique, archives DGS

en dehors de l'hôpital, l'ouverture des stages de santé publique doit donc se faire au niveau des DRASS¹. Concernant le financement, de nombreux échanges entre le cabinet du ministère de la santé et le directeur de l'administration générale du personnel et du budget font état de la difficulté de son organisation. La question principale est de savoir qui sera chargé de la rémunération des internes lorsqu'ils seront en stage en dehors de l'hôpital. La DAGPB souhaite un payeur unique pour tous les stages d'internes : le centre hospitalier. Ce dernier serait alors remboursé par les structures extrahospitalières pour les internes qui n'ont pas effectué leur stage à l'hôpital mais dans ces nouvelles structures. L'autre option envisagée est que les stages extra-hospitaliers soient rémunérés par les DRASS et les stages hospitaliers par l'hôpital. Cette multiplicité de payeurs soulève plusieurs problèmes, notamment le risque d'une discontinuité du paiement des internes. Finalement, la première option semble être celle choisie par la DGS et la DAGPB. La DGS se préoccupe de trouver un financement pour la majorité des stages extra-hospitaliers et en priorité pour ceux effectués dans l'administration de la santé, en administration centrale et dans les services extérieurs (DDASS et DRASS) via des crédits alloués spécifiquement. Ces budgets rentrent dans le financement global de la réforme. Pour les autres terrains de stage, il est prévu que les employeurs participent à la rémunération des internes : « à cet égard [financement des stages extra-hospitaliers], nous devons à l'évidence donner la priorité pour notre financement (DGS) aux stages effectués dans notre administration : quelques-uns en Centrale, la majorité dans les services extérieurs ; une cinquantaine de terrains de stage devraient être individualisés et payés par nous (coût 3,5 millions [francs] pour 9 mois en 85, probablement 6 millions pour 12 mois en 86 pour des internes d'années différentes). S'il nous reste des crédits, nous pouvons financer des stages

¹ Notes sur la filière santé publique du 3^{ème} cycle des études médicales, de Jean-Claude Henrard au Jacques Roux (DGS), septembre 1983, archives nationales

dans d'autres domaines (médecine scolaire, PMI, médecine du travail, etc..), mais dans ces domaines, les employeurs devraient participer au financement des stages. »¹

Pour les enseignants, les problématiques posées par les stages extra-hospitalier sont celles de l'encadrement des étudiants et de la validation de ces stages. Un enseignant interviewé se rappelle qu'une réflexion a été menée au sein d'une commission d'accréditation pour évaluer quels terrains de stage pouvaient avoir un contenu formateur et une bonne capacité d'encadrement. Selon les entretiens, les premiers stages extra-hospitaliers sont ouverts dans des structures d'administration publique comme les DRASS, les DDASS ou le ministère de la santé. Un enseignant parisien évoque également les difficiles négociations avec la DRASS et l'APHP (assistance publique des hôpitaux de Paris) pour ouvrir des stages : « *parmi les trucs compliqués que j'avais à faire, c'était la négociation avec la DRASS pour les postes, le nombre de postes, entre l'AP[HP] et... y avait des réunions, 2 réunions dans l'année, qui se tenaient à la DRASS entre le médecin inspecteur régional et le représentant de l'AP[HP] qui freinait beaucoup parce qu'il fallait qu'ils payent ensuite les internes, et donc ils freinaient au maximum la création de stages, l'ouverture de stages* ».

III. C. 3. (Ré)organisation du corps enseignant

III. C. 3. i. Des collaborations nécessaires pour construire un enseignement complet

Lors de l'élaboration des maquettes des DES de la filière santé publique, plusieurs thématiques d'enseignement sont imaginées. Ces thématiques sont souvent enseignées en dehors de la médecine et leur construction nécessite un nombre plus important d'enseignants. Les hospitalo-universitaires demandent donc rapidement à l'administration

¹ Note sur les stages extra-hospitaliers de la filière santé publique, de Jean-Claude Henrard à Jacques Roux (DGS), janvier 85, archives nationales

d'augmenter le nombre de leurs postes pour permettre l'encadrement des internes de santé publique. La DGS répondra plutôt négativement en argumentant que le *numerus clausus* appliqué aux étudiants en médecine interdit une augmentation du nombre des enseignants. L'administration opte pour un redéploiement et une mise en commun des moyens d'enseignement plutôt que pour l'ouverture de postes d'HU de santé publique¹. L'administration demande donc aux enseignants hospitalo-universitaires, lors du lancement du groupe de travail, de composer les modules avec d'autres enseignants non-médecins (sociologues, économistes de la santé) et des médecins non hospitalo-universitaires (« médecins praticiens de santé publique »², médecins inspecteurs de santé...). Certains DES ou modules doivent aussi être construits en collaboration avec d'autres lieux de formation en santé publique existants telle que l'ENSP. Selon les hospitalo-universitaires, faciliter l'intervention d'enseignants extérieurs à l'université dans le cadre de la formation de santé publique permet de poursuivre deux objectifs : d'une part, intégrer plus facilement dans l'université de meilleurs professionnels de santé publique, et d'autre part, permettre une « intégration extra-universitaire des enseignants de santé publique, au niveau de l'administration sanitaire, des ORS, des directions de la sécurité sociale... »³. Il est d'ailleurs envisagé courant 1983 de regrouper les enseignants de santé publique au sein d'une structure type groupement d'intérêt scientifique ou professionnel, qui permettrait une reconnaissance nationale et une délocalisation dans les inter-régions⁴. Cette structure ne verra jamais le jour.

¹ Compte rendu de la réunion du 20 février 1984 sur la filière de santé publique, archives DGS

² Dénomination utilisée donc une note sur la filière santé publique du 3^{ème} cycle des études médicales, de Jean-Claude Henrard à Jacques Roux (DGS), septembre 1983, archives nationales

³ Courrier de Jacques Fabry, professeur de santé publique à Lyon, à Jean-Claude Henrard, conseiller technique au cabinet du secrétariat d'état chargé de la santé, 22 février 1985, archives nationales

⁴ Note sur la filière santé publique du 3^{ème} cycle des études médicales, de Jean-Claude Henrard à Jacques Roux (DGS), septembre 1983 ; Note sur la filière santé publique du 3^{ème} cycle des études médicales, de Jean-Claude Henrard à Claude Carbon (conseiller technique au cabinet du ministère de l'éducation nationale), octobre 1983, archives nationales

Dans les entretiens, plusieurs acteurs se rappellent que « *les gens qui formaient, c'était les gens de l'Inserm* ». En effet, pour un enseignant de santé publique parisien, « *il fallait monter une filière qui était à même d'enseigner. Du coup on comprend assez facilement que les gens dispos, c'était les gens de l'Inserm, et l'Inserm c'était plutôt biostat-épidémio. Ça a été ça le truc fondateur* ». Parmi les enseignants mobilisés pour la construction des enseignements, l'un d'eux souligne que « *les pères fondateurs de l'épidémiologie étaient à l'origine de ces formations de santé publique* ». La construction des enseignements de la filière est en effet l'occasion pour les enseignants hospitalo-universitaires de santé publique, issus de l'hygiène hospitalière, de se rapprocher des épidémiologistes pour mettre en place des projets de recherche et conforter le lien entre l'hôpital et l'épidémiologie de recherche. D'après un autre enseignant de l'époque : « *il n'y a jamais eu une parfaite clarté sur ce qu'est la santé publique et [...] beaucoup de gens ont eu du mal à comprendre qu'on cherche à défendre une santé publique de recherche, une santé publique d'épidémio... [...] Donc il y a eu beaucoup de choses qui ont favorisé le développement d'une santé publique plus scientifique, plus épidémio, plus... mais pendant très longtemps [...] personne ne comprenait quel était l'intérêt d'une santé publique universitaire* ». C'est notamment dans le secteur de la cancérologie qu'hospitalo-universitaires et épidémiologistes de l'Inserm vont travailler ensemble (cf. III. B. 1. i. a.). Ainsi, comme le souligne un troisième enseignant parisien enquêté, « *il y a eu, à Paris en tout cas, un lien très fort entre ce qui se passait à l'université qui était plutôt le décollage de l'expertise en santé publique [...] et l'Inserm qui contribuait beaucoup en formation épidémiologique et statistique à l'époque* ». Ces relations sont aussi l'opportunité pour les épidémiologistes de l'école de Villejuif développant de nouvelles méthodes d'analyse d'asseoir leur place dans le domaine de la recherche médicale (cf. III. A. 2. ii).

En revanche, les sociologues disent ne pas avoir eu la même place dans la construction des enseignements en santé publique que les épidémiologistes, en partie par choix. Une sociologue évoque dans son entretien la place de la sociologie par rapport aux autres disciplines dans la formation en santé publique : « *c'était l'épidémiologie et les biostats. Sans la moindre hésitation. Mais moi je ne revendiquais pas une place. J'étais à côté, je m'estimais à côté. Participante, parce que je faisais les enseignements, je dirigeais les mémoires, les maîtrises, je participais aux réunions [...]. Mais je n'ai jamais imposé la sociologie, parce que c'était trop différent. Je ne voyais pas comment l'articuler... »*

Concernant l'école de Rennes, aucune trace dans les entretiens ou les archives n'évoque de collaboration entre les enseignants hospitalo-universitaires et ceux de l'ENSP au moment de la mise en place de la filière de santé publique. Des échanges entre la DGS et la DAGPB en juin 1983, retrouvés dans les archives, font plusieurs fois mention d'une formation commune entre l'université et l'école de Rennes pour les futurs médecins inspecteurs de santé qui seraient issus de la filière de santé publique¹. Cette collaboration et ce privilège d'accès au statut de médecin inspecteur de santé (MIS) pour les internes de santé publique ne seront jamais officiellement mis en place. Lors des entretiens, un acteur de la création de la filière de santé publique fait mention d'une réflexion sur la mise en place d'un semestre d'internat à l'ENSP qui n'a finalement pas abouti, par manque de volonté des différentes parties : selon lui, les universitaires ne souhaitaient pas un vrai partenariat, l'ENSP et le ministère craignaient l'arrivée de médecins inspecteurs de santé mieux diplômés, ce qui nécessiterait d'améliorer leur statut et leur rémunération : « *alors je dois vous avouer que je ne me souviens plus exactement comment ça s'est cristallisé dans les écrits, dans mon souvenir ça n'a pas débouché*

¹ Note sur le statut des médecins de santé publique, de la DAGPB sous-direction du personnel P5 au DGS, 7 novembre 1983, archives nationales

sur ce véritable partenariat institutionnel qui aurait prévu une participation de l'école au programme du DES, [...] ça n'a pas débouché sur quelque chose qui aurait pu être aussi envisagé... qui était par exemple un semestre à l'école. »

L'organisation des enseignements de la filière santé publique se fait donc principalement au niveau de l'université par les enseignants hospitalo-universitaires. La contribution des épidémiologistes de l'Inserm est très structurante pour l'enseignement des méthodes quantitatives. A leurs côtés quelques enseignants de sciences sociales apportent une sensibilisation aux approches qualitatives à partir des outils de la sociologie. Les médecins hospitalo-universitaires de santé publique, quant à eux, forment les internes dans leurs services hospitaliers. La capacité du corps enseignant reste insuffisante pour les besoins de formation demandés par la filière. Selon un ancien coordinateur du DES : « à l'époque il n'y avait pas grand monde sur le plan universitaire, notamment dans certaines régions ou inter-régions il y avait un prof qui était tout seul, il n'avait pas ni la force de travail ni la compétence de faire la formation de tous les modules ». Finalement, la mise en place des enseignements de la filière santé publique sera très hétérogène selon les modules et les inter-régions. C'est pourquoi de nombreux internes se formeront grâce à des formations complémentaires, en dehors du DES (cf. III. C. 4. iii).

III. C. 3. ii. Transformations au niveau du collège universitaire

Au début des années 1980, la section 46 du CSU, intitulée « santé publique », est organisée en 4 sous-sections : « hygiène et médecine sociale », « médecine légale », « médecine du travail » et « biomathématique, biostatistiques et informatique » (cf. III. A). La filière de santé publique regroupe donc différentes sous-sections du CSU sous forme de DES. Selon un enseignant hospitalo-universitaire interviewé, la filière de santé publique a été créée parce

qu'il fallait un internat pour chaque section de CSU : « *je pense que l'internat [de santé publique] s'est créé parce qu'il en fallait, parce que comme c'était l'internat pour tous, je pense que ça s'est passé comme ça : on a pris toutes les sections du CNU et on a créé des DES pour les sections, ou les sous-sections.[...] Je ne sais pas si y a eu une réflexion plus profonde que ça, que simplement quelque chose de mécanique, en disant voilà, on fait un DES de cardio, un DES de néphro et santé publique, hop, on leur fait un DES aussi* ». Pourtant, les enseignants des différentes sous-sections ne semblent pas s'être organisés pour regrouper les enseignements de la filière. En effet, bien qu'au début de l'élaboration des maquettes, l'enseignement ait été pensé sous forme de tronc commun pour l'ensemble des DES de la filière, les modules seront finalement mis en place isolément par chaque sous-section et la filière ne sera jamais organisée en un seul bloc d'enseignement. Les acteurs interviewés expliquent le cloisonnement des DES de la filière par celui des sous-sections du CSU et des mésententes entre les responsables des différentes sous-sections, liés à des concurrences entre disciplines et des conflits de juridiction entre groupes professionnels. Un enseignant interviewé se rappelle avoir construit les enseignements au sein de sa sous-section uniquement : « *moi par exemple je me suis occupé de la formation en sciences sociales du début jusqu'à mon départ. Donc vraiment c'était quelque chose qu'on a porté intensément sans vraie réflexion d'ensemble, on était chacun en train de parler de son fonds de commerce finalement. [...] On avait des différents entre les sous-sections [...] il y avait la 46.01 et la 46.04 qui s'opposaient, c'est-à-dire les sciences sociales d'un côté (46.01), la statistique et informatique (46.04) de l'autre, et puis 46.02 et 03 c'était médecine du travail et médecine légale, chacun menait son affaire, et vraiment on ne se voyait pas* ». Un autre enseignant raconte les rapports difficiles avec la médecine du travail : « *je me souviens qu'au début c'était mixte avec la médecine du travail et que les universitaires de médecine du travail n'étaient pas très contents d'être*

mélangés. Peut-être que c'était réciproque... ». La difficile unité entre les sous-sections du CSU explique probablement pourquoi les DES de la filière santé publique seront rapidement éclatés après la mise en place de la réforme.

C'est également à cette période qu'apparaît l'épidémiologie dans l'enseignement de santé publique. Or, cette discipline n'a pas encore été intégrée à la section 46 du CSU et les sous-sections « hygiène et médecine sociale » et « biomathématique, biostatistiques et informatique » souhaitent toutes deux l'associer à leur champ disciplinaire. Ce sera finalement à la sous-section « hygiène et médecine sociale » que l'épidémiologie sera ajoutée. Un membre de la sous-section de biomathématique, biostatistique et informatique se souvient de ce moment : *« il y a eu une vraie bagarre, je me souviens d'une réunion à laquelle j'avais assisté dans un petit coin [...], il y avait les grands mandarins : Grémy, Schwartz, Monnier..., [...] on avait décidé d'introduire le mot épidémiologie mais la question était de savoir où on l'ajoutait ? Dans quelle sous-section serait introduite l'épidémiologie ? Les personnes qui faisaient des biomathématiques voulaient que ce soit dans leur section. A l'époque tous les épidémiologistes étaient des biomathématiciens, parce qu'il n'y avait pas beaucoup d'épidémiologistes dans tout le CNU, la preuve c'est que le mot n'existait pas, la discipline épidémiologie n'était pas reconnue comme une discipline universitaire. Mais il y avait quand même des gens qui faisaient de l'épidémiologie et ils étaient, pour l'essentiel, quasiment tous chez Schwartz [...] ou chez Grémy. [...] Côté hygiène, il n'y avait personne qui faisait de l'épidémiologie, mais ils se sont débrouillés, ils étaient mieux introduits au niveau des ministères, et finalement le mot est tombé chez eux ».*

III. C. 3. iii. Le modèle hospitalo-universitaire conforté

Bien que les concepteurs de la filière santé publique aient pensé aux spécificités de cette formation par rapport aux autres filières de l'internat, cette dernière est introduite dans le

modèle hospitalo-universitaire et en suit donc les codes et exigences. D'une part, l'hôpital reste un lieu de formation central pour les internes de santé publique, notamment grâce au développement des services de santé publique hospitaliers. D'autre part, les principaux débouchés envisagés par les enseignants pour la filière sont des débouchés hospitalo-universitaires.

III. C. 3. iii. a. Place centrale de l'hôpital dans la formation

La volonté de construire des enseignements en dehors de l'hôpital reste un fil directeur de l'élaboration des maquettes des DES de la filière de santé publique. En effet, tous les acteurs impliqués dans les travaux de construction de la filière, en amont du vote de la loi comme lors de sa mise en place, insistent sur l'importance de créer des stages extra-hospitaliers pour cette filière. Pour les enseignements théoriques, des collaborations avec des enseignants non-médecins et non hospitaliers sont envisagés. Pourtant, ces initiatives verront difficilement le jour. Comme décrit précédemment, les postes extra-hospitaliers s'avèrent difficiles à ouvrir : problèmes de financement et d'encadrement des internes (cf. III. C. 2. ii) ; et les enseignants non hospitalo-universitaires seront rarement sollicités (cf. III. C. 3. i). Du plus, les internes de santé publique, comme tous les internes, sont rémunérés par le centre hospitalier. Il apparaît logique que, rémunérés par l'hôpital, les internes de santé publique y effectuent la plupart de leurs stages. L'hôpital garde donc une place prépondérante dans la formation en santé publique.

Au moment du développement de la place de la santé publique à l'hôpital, les internes de la nouvelle filière se révèlent être un des leviers pour l'implantation des services hospitaliers de santé publique. En effet, les années 90 voient apparaître une nouvelle forme de santé publique à l'hôpital. A côté de l'hygiène hospitalière, les départements d'information médicale (DIM) sont créés suite au déploiement du PMSI et la recherche clinique se développe de plus

en plus. Les internes de santé publique sont donc amenés à effectuer un bon nombre de leurs stages dans ces services. Un des interviewés ayant participé à la mise en place de la filière se rappelle la forte proportion de stages hospitaliers dans la formation de santé publique, alors que lui-même défendait l'importance de former ces médecins aussi à une pratique extra-hospitalière : *« les internes, on les mettait essentiellement dans les hôpitaux. Soit dans les services de méthodologie et biostatistiques, soit dans les services d'hygiène qui existaient encore puis, quand ils ont été créés, dans les DIM. Il y avait peut-être quelques postes en extérieur mais pas beaucoup. Pourtant, c'est là qu'ils auraient dû aller »*, un autre, responsable dans l'administration, évoque l'afflux d'internes dans les DIM, ce qui a donné à cette pratique de la santé publique une importance plus grande que prévue : *« on a inondé [les DIM] d'internes en santé publique... peut-être un peu trop... [...] et finalement on a donné une place trop grande à la statistique médicale et aux DIM. »*

III. C. 3. iii. b. Une appartenance HU pour les futurs MSP issus de la filière

Bien que les débouchés imaginés pour les futurs médecins de santé publique soient multiples, la filière est créée dans un contexte hospitalo-universitaire et l'avenir des internes de santé publique est donc pensé dans ce cadre. Les échanges entre le président de la section 46 du CSU, Jacques Monnier, et l'administration, retrouvés dans les archives, témoignent de la forte volonté des enseignants de développer des postes hospitalo-universitaires pour les futurs médecins de santé publique :

« Les enseignants universitaires se posent la question de l'avenir hospitalier et hospitalo-universitaire de ces futurs spécialistes de santé publique. Ils seront nécessaires pour assurer l'encadrement des étudiants et doivent avoir des perspectives de carrière. Une

inquiétude existe quant aux carrières hospitalo-universitaires : y aura-t-il des spécialistes de santé publique ? » Jacques Monnier¹

« Nous voulons ainsi attirer votre attention sur le fait que, dans aucun des projets de texte qui nous ont été communiqués, il n'est prévu de « post internat » ni de carrière hospitalière ou hospitalo-universitaire en santé publique.

Au moment où l'on affirme la volonté de mettre en place une filière propre à la santé publique dans le cadre du nouvel internat, il nous paraît indispensable que ces internes, devenus spécialistes en santé publique, puissent avoir comme leurs collègues ayant choisi la filière de médecine spécialisée, la perspective d'accéder par une promotion dans leur propre discipline à des responsabilités hospitalo-universitaires. » Jacques Monnier²

La filière de santé publique devient alors rapidement un argument pour la création de postes hospitalo-universitaires. Les débouchés mis en place pour la fin de l'internat sont essentiellement hospitaliers et hospitalo-universitaires. L'émergence concomitante des départements d'information médicale fera de ces derniers les services privilégiés pour introduire de nouveaux postes hospitaliers et hospitalo-universitaires de santé publique à l'hôpital. Un des enquêtés, conseiller ministériel, insiste sur ce point : *« être praticien de DIM s'est imposé comme le débouché le plus fréquent. Parce que c'était facile, parce que l'hôpital était content, parce que tous les hôpitaux ont quand-même compris très vite qu'il fallait un service statistique et des praticiens pour le faire marcher. Donc à cette époque-là, tout hôpital digne de ce nom a créé son DIM »*. Lorsqu'ils évoquent les débouchés de la filière, les acteurs interviewés citent d'emblée l'espace hospitalo-universitaire. En revanche, ils n'expliquent pas cette prédominance de la même façon. Certains jeunes hospitalo-universitaires au moment de la création de la filière font mention de l'importance du centre hospitalier comme lieu de création de poste : *« tout ce qui s'est passé en santé publique a été tourné vers les besoins du*

¹ Compte rendu de la réunion du 15 décembre 1983 sur la filière santé publique, archives DGS

² Courrier de Jacques Monnier pour les membres de la section 46 du CSU à Jean-Claude Henrard, 14 décembre 83, archives nationales

CHU. Parce qu'il n'y avait que le CHU qui pouvait créer des emplois. On ne pouvait pas arriver à avoir un emploi en dehors du CHU » ; « on nomme des médecins pour enseigner toutes les disciplines médicales, quelles qu'elles soient. Donc, à ce moment-là, la santé publique devient un espace de création potentielle pour des postes de professeurs » ; « alors qui dit formation dit enseignants. Il y avait très peu d'enseignants sur le marché à ce moment-là en santé publique. Donc il y a eu des créations de postes. Et donc se sont engouffrés dans les créations de postes des gens qui voulaient le titre, sans formation particulière mais qui avaient un petit intérêt pour la santé publique » ; quand d'autres mettent en avant le travail des universitaires eux-mêmes pour multiplier les postes de santé publique à l'hôpital : « [les débouchés imaginés à l'origine étaient] hospitalo-universitaires. L'objectif d'un universitaire est de reproduire l'universitaire. Donc la rencontre avec mes collègues, c'était pour dire qu'il fallait créer ces emplois-là. Par exemple, pour faire entrer des médecins de DIM il fallait convaincre les doyens de créer des postes d'assistants dans les hôpitaux consacrés à l'information médicale, leur dire que ça valait la peine, que c'était mieux que la biologie, la bioéthique... ».

III. C. 4. Les premiers internes de santé publique

La réforme des études médicales s'applique aux étudiants arrivant à la fin de leur 2^{ème} cycle au cours de l'année universitaire 1983 – 1984. Les premiers stages d'internes « indifférenciés » ont donc lieu à partir d'octobre 1984. Le premier concours de l'internat de spécialités est organisé en octobre et novembre 1984 et les résultats sont communiqués en mars 1985. Les internes des filières « médecine spécialisée », « santé publique » et « recherche », issus de la promotion du concours de 1984, commencent leur premier semestre spécialisé en mai 1985.

III. C. 4. i. Qui sont les premiers internes de santé publique

?

Au début de la mise en place de la réforme des études médicales, en 1984, les postes dans la filière de santé publique sont au nombre de 173 au niveau national, soit environ 10% de l'ensemble des postes proposés. Le nombre de poste au concours de l'internat augmente en 85 et 86 mais la proportion de postes de santé publique, elle, diminue (Figure 9). Au niveau régional, la proportion des postes de santé publique est relativement homogène selon les inter-régions lors de la mise en place. L'inter-région offrant la plus grande proportion de postes de santé publique est l'Île-de-France (Figure 10). Pour la filière santé publique, tous les postes proposés ne sont pas pourvus. Par exemple, pour l'inter-région Ouest, 25 % des postes sont laissés vacants en 1984 et 21 % en 1985 (*Ibid.*). Les enseignants parisiens interviewés parlent quant à eux d'une vingtaine d'internes de santé publique à Paris au début, nombre qui, selon eux, s'est réduit au fur et à mesure des années. Pourtant, une enquête menée en 1986 auprès des internes de santé publique de la promotion 1984 dénombre 42 internes pour la filière en Île-de-France, 30 postes pour le DES « santé communautaire et médecine sociale », 2 pour la médecine légale¹ et 10 pour la médecine du travail, soit le nombre de postes offerts (Heintzmann et al. 1986).

¹ Dans cette enquête la médecine légale est considérée comme un DES de la filière de santé publique alors qu'elle constitue un DESC dans les documents législatifs.

Tableau I : Nombre de postes proposés aux Concours de 1984 à 1986

Interrégion	1984			1985			1986			1984 à 1986	
	Nombre total de postes	Nombre de postes de Santé Publique	% Santé Pub. nombre total	Nombre total de postes	Nombre de postes de Santé Publique	% Santé Pub. Total	Nombre total de postes	Nombre de postes de Santé Pub.	% Santé Pub. Total	Nombre total de postes de Santé Publique	% Santé Pub. total
Interrégion n°1 RHÔNE-ALPES	132	16	12,1	235	21	8,9	229	21	9,1	58	9,7
Interrégion n°2 ILE de FRANCE	351	42	11,9	579	51	8,8	549	30	5,4	123	8,3
Interrégion n°3 NORD-EST	204	24	11,7	349	32	9,1	351	23	6,5	79	8,7
Interrégion n°4 NORD-OUEST	201	24	11,9	398	38	9,5	399	18	7,0	90	9,0
Interrégion n°5 OUEST	200	24	12	370	33	8,9	369	27	7,3	84	8,9
Interrégion n°6 SUD	201	24	11,9	335	28	8,3	315	21	6,6	73	8,5
Interrégion n°7 SUD-OUEST	161	19	11,8	290	27	9,3	276	19	6,8	65	8,9
OUTRE-MER				12	1	8,3	12	1	8,3	(2)	(8,3)
FRANCE	1450	173	11,9	2568	231	8,9	2500	170	6,8	574	8,8

Figure 9 : Nombre de postes aux concours de l'internat de 1984, 1985 et 1986. Tableau issu de « La filière de santé publique de l'internat de médecine », Paolo Bercelli, Septembre 1986, p 21 (Paolo Bercelli 1986)

Graphique n°1 : classement des Interrégions en fonction de l'effectif théorique de 1984 à 1986.

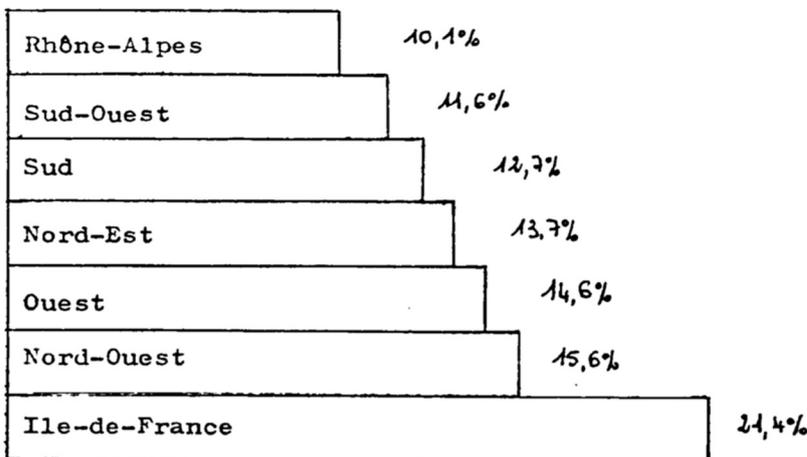


Figure 10 : Proportion des postes de santé publique au concours des spécialités entre 1984 et 1986 selon les inter-régions. Graphique issu de « La filière de santé publique de l'internat de médecine », Paolo Bercelli, Septembre 1986, p 22 (Ibid.)

Pour les acteurs interviewés, les premiers internes de la filière ont choisi la santé publique par défaut. L'intérêt pour la spécialité a ensuite évolué et de plus en plus d'internes ont été réellement attirés par la santé publique. Un enseignant parisien parle ainsi des premiers internes de santé publique : « il y en a quand même un bon nombre qui n'avaient pas du tout

choisi la santé publique mais qui, avec leur classement, s'étaient retrouvés là contre leur gré [...], parce qu'ils étaient mal classés. Pendant longtemps il n'y avait que les mal classés qui prenaient l'internat de santé publique. J'ai eu le plaisir de voir évoluer la chose. [...] La santé publique et l'épidémiologie commençaient à être reconnues et on a eu des internes qui étaient très bien classés au concours. Ce qui n'était pas du tout le cas au tout début », ce qui rejoint les souvenirs d'un enseignant d'une autre subdivision : « beaucoup d'internes de santé publique que j'ai connu au tout début, dans certaines villes, étaient d'abord des recalés d'autre chose. [...] Ils étaient un peu déçavants dans leur mentalité ou dans leur attirance pour la discipline. Ce n'est plus le cas maintenant, il y a beaucoup de gens qui font de la santé publique positivement, en travaillant beaucoup. Mais, il y a 10 ans, je voyais beaucoup de personnes qui faisaient de la santé publique parce qu'ils n'avaient soit pas envie, soit échoué à des disciplines plus valorisantes ». Selon l'évaluation des candidatures par inter-région et UER effectuée par le CNCI (centre national des concours de l'internat en médecine) en 1986, la hiérarchisation des filières est la suivante à Paris : la médecine spécialisée est préférée à la chirurgie, qui est largement préférée à la psychiatrie, viennent ensuite la biologie puis la santé publique (Heintzmann et al. 1986).

La perception des enseignants interviewés ne se retrouve pas totalement dans les enquêtes effectuées auprès des premières promotions d'internes. Dans une enquête par questionnaire, le syndicat des internes de santé publique de l'Ouest demande aux internes des promotions 1984 et 1985 pour quels motifs ils ont choisi la santé publique. Sur les 22 internes répondants, un seul déclare avoir choisi la filière car son classement ne lui a pas donné d'autre possibilité. La majorité des internes ont choisi la filière « pour voir » et aucun n'a choisi la santé publique par dégoût de la clinique (Paolo Bercelli 1986). Une enquête similaire est effectuée à Paris auprès des 42 internes de la promotion 1984. Dans cette enquête, la majorité des internes

n'envisagent pas de repasser le concours (22 sur 42) et la moitié motivent leur choix de la santé publique par l'existence de débouchés professionnels (20 sur 42). Douze internes ont choisi la filière santé publique « pour voir », parmi eux sept décideront de quitter la santé publique (Figure 11). Au niveau national, les effectifs d'internes par année montrent que, parmi les internes de santé publique de la première promotion (1984), 87 sont toujours en poste dans la filière un an après le concours sur les 173 postes offerts (*Ibid.*). Ce qui équivaut à 50,3% de postes pourvus. Ce chiffre reste difficile à analyser sans avoir le nombre de postes vacants à la suite du concours de 1984.

Motivations du choix de la filière SP			
internes	voulant rester en SP	voulant quitter SP	Total*
A existence de débouchés professionnels	13	7	20
B pour voir	3	9	12
C pour préparer de nouveau le concours	—	7	7
D seul métier désiré	7	—	7
E refus d'installation	7	2	9
F qualité de vie	5	1	6

* Réponses multiples possibles.

Figure 11 : Motivations du choix pour la filière santé publique de la promotion 1984 des internes de santé publique parisiens, tableau issu de « Interne en santé publique : qui suis-je ? », *La revue de l'éducation médicale*, juin 1986 (Heintzmann et al. 1986)

En pratique, la formation des premiers internes de santé publique s'avère assez libre. Le retard de mise en place des enseignements et des stages dans chaque inter-région permet aux internes de constituer leur cursus selon leurs centres d'intérêt avec l'aide des coordinateurs locaux. Selon un enseignant parisien interviewé, « *c'était une époque où on faisait du sur-mesure, on demandait ce qu'on voulait faire et on orientait vers ci ou ça* ». Un ancien coordinateur se rappelle avoir influencé les internes qui ne savaient pas trop quoi faire à s'orienter vers l'épidémiologie en suivant des formations parallèles : « *comme j'étais épidémiologiste, j'ai beaucoup poussé vers l'épidémiologie... en général c'était quand-même assez populaire de faire de l'épidémiologie. Je les incitais à faire la maîtrise de santé publique* »

ou d'épidémiologie... ». La clinique garde une place importante dans la formation des premiers internes de santé publique. Nombreux sont ceux qui ont utilisé les stages libres pour faire de la clinique. Ce même coordinateur se souvient : *« sur les 8 stages de la maquette je crois qu'il fallait en avoir fait minimum 4 dans la discipline. Certains ont fait tout en santé publique, ils sont passés d'une unité Inserm à l'autre, et puis beaucoup ont alterné avec de la clinique ».*

III. C. 4. ii. Quels débouchés pour les médecins issus de la filière de santé publique ?

Comme vu lors des travaux préparatoires de la réforme et de mise en place de la filière santé publique, les débouchés imaginés pour les futurs médecins de santé publique issus de la filière sont larges. Médecin de PMI, médecin scolaire, médecin inspecteur de santé, médecin de prévention... les ministères porteurs de la réforme évoquent principalement des débouchés sur le terrain ou dans les administrations de santé. Les enseignants universitaires sont quant à eux d'avantage tournés vers des débouchés hospitalo-universitaires, notamment dans les nouveaux services de santé publique hospitaliers tels que les DIM et les départements de recherche clinique. Néanmoins, les acteurs interviewés sont nombreux à dire que les débouchés de la filière n'ont été réellement pensés qu'à partir de la mise en place de la réforme et de l'arrivée des premiers internes de santé publique : *« le plus dur à l'époque était de créer une spécialité où on était médecin mais où les métiers n'existaient pas. [...] Imaginez, fin 80, il n'y avait rien. [...] Donc une fois qu'on a créé les formations, il fallait créer les emplois. [...] Donc il y a eu un gros effort pour créer les emplois. Ce qui a permis de vraiment faire décoller la filière de santé publique. »*

Les premiers internes de santé publique s'interrogent beaucoup sur les débouchés de la filière (Encadré 37) (*Ibid.*). Déjà, il n'est plus possible pour ces médecins d'exercer la médecine générale, ce qui était le cas auparavant, étant donné que la réforme prévoit un cursus de

formation dédié pour la médecine générale. Ensuite, les deux DES offrent des débouchés différents. Le DES de médecine du travail prépare les internes pour être médecins dans une entreprise, dans un service interentreprises ou en médecine préventive pour la fonction publique. Le DES de santé communautaire et médecine sociale oriente théoriquement vers des métiers plus divers. L'article « interne de santé publique, qui suis-je ? » les liste ainsi : « médecin inspecteur de santé en administration nationale ou régionale, médecin dans les bureaux municipaux d'hygiène, médecin épidémiologiste en ORS ou dans les organismes de sécurité sociale, médecin de PMI, médecin scolaire, médecin en ONG (organisation non gouvernementale) ou dans des institutions ou agences de coopération nationale, et, enfin, médecin hospitalier de santé publique », puis ajoute : « suivre la filière santé publique ne garantit (comme dans les autres filières) aucun emploi ; cela donne le droit de se présenter à des recrutements qui ont chacun leurs règles du jeu propres » (*Ibid.*). Tant en médecine du travail qu'en santé communautaire et médecine sociale, la filière ne donne pas d'accès direct à un type de carrière. La volonté initiale d'instaurer un statut administratif unique de médecin de santé publique est donc loin d'avoir été concrétisée.

Encadré 37 : Les interrogations des premiers internes de santé publique, « Interne de santé publique, qui suis-je ? », la revue de l'éducation médicale, juin 1986 (Ibid.)

Extrait de l'article « Interne de santé publique, qui suis-je ? », Heintzmann F., Vidal A., Chabot J.M., Brodin M., Lombrail P., Gottot S., La revue de l'éducation médicale, juin 1986

« Leurs interrogations [des internes de santé publique] sont nombreuses. Les principales concernent l'emploi et la formation, et plus précisément :

- L'existence et la nature des débouchés,
- Les modalités d'exercice ultérieur, notamment la possibilité et les conditions de retour à la médecine générale,
- Les formations complémentaires utiles en fonction des différents débouchés,
- Les formations pratiques permettant d'acquérir une expérience. »

Une enquête effectuée par le Collège de Liaison des Internes de santé publique (ClISP) en décembre 1989 auprès des internes sortants du DES « santé communautaire et médecine sociale » met en lumière les débouchés des internes de la deuxième promotion de santé publique (Encadré 38). Parmi les 64 internes sortants, 11 ont continué une formation (4 en DEA¹, 3 préparent les concours de la sécurité sociale ou de l'ENSP, 4 d'autres formations type DESS² ou bourse de recherche). Sur les 55 internes en post-internat, 33 ont trouvé un emploi dans le domaine public dont 23 à l'hôpital. On retrouve ici l'attrait des premiers internes pour la clinique étant donné que la plupart des postes hospitaliers sont à exercice clinique. Dans les entretiens, les interviewés expliquent ces profils de pratique mixte par l'apparition du sida et du développement de l'infectiologie : « *il y en a quand même qui avaient la fibre clinique. Il y en a un bon nombre qui ont fait de l'infectiologie parce que c'était l'époque du sida. [...] L'infectiologie était assez à la mode parce que c'était l'époque du sida donc on était assez sensibilisé à ça* » (entretien avec un HU nommé dans les années 1980).

Encadré 38 : débouchés de la deuxième promotion d'internes de santé publique, données issues de l'enquête du ClISP « devenir de la 2^{ème} promotion d'internes en santé publique », Mars 1990, archives privées

Extrait du bulletin du CUESP (collège universitaire des enseignants de santé publique) numéro 7, mars 1990

« Devenir de la 2^{ème} promotion d'internes en santé publique », C. Grouchka pour le ClISP

« Répartition des internes sortant par type de poste

Nombre de sortant mai/octobre 1989 : 64

(1) 11 ont continué une formation

- DEA.....4
- Préparation concours Sécurité Sociale/ENSP.....3
- Médaille d'or.....1
- Autres (DESS, bourse étrangère, bourse de recherche autre que l'Inserm).....3

(2) 55 ont donc cherché une place dans le cadre du post-internat immédiat et se répartissent ainsi :

¹ Diplôme d'études approfondies

² Diplôme d'études supérieures spécialisées

DOMAINE PUBLIC : 33

+ 2 postes PMI refusés administrativement

+ 2 bourses de recherche Inserm

1. SECTEUR HOSPITALIER : 23

Exercice clinique (CCA ou assistants spécialistes) : 9

Santé publique : 6

Assistants : 4

Attaché plein temps : 1

Attaché 2/3 temps : 1

DIM (département d'information médicale) : 2

Autre (pharmaco-clinique, médecine légale, génétique) : 6

2. INFORMATIQUE MEDICALE : 1

3. MINISTERES : 4

Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale

DH (direction des hôpitaux) : 1

DPM (direction de la pharmacie et du médicament) : 1

DGS (direction générale de la santé) : 1

Délégation interministérielle (1 an) : 1

4. ENSP : 2

MIS : 1

Directeur d'hôpital : 1

5. PMI : 0

2 postes refusés administrativement

6. AP Hôpitaux de Paris : 1

7. CCHS (centres communaux d'hygiène et de santé) : 0

8. Inserm : 4

Contractuel : 2

Bourse : 2

DOMAINE PRIVE : 8

1. ORS (contrats limité) : 1

2. Industrie pharmaceutique : 3

3. Cliniques privées : 1

4. Audit privé : 1

5. Associations privées : 2

6. Sécurité sociale : 0

AUTRES : 10

1. Contrats ponctuels : 3

2. Pas de postes dans la région souhaitée : 5

3. Information inconnue : 2 »

A partir des postes obtenus par les internes de la promotion 1985, le CliSP a tenté d'imaginer l'avenir des médecins de santé publique issus de la filière à court et long terme, en fonction

des décisions politiques qui pourraient être prises. Cette simulation est retranscrite dans la Figure 12. Les représentants des internes imaginent donc leur avenir à court et long terme d'avantage dans le domaine privé que le domaine public, même s'ils estiment que des revalorisations des métiers du public pourraient amener les internes à s'orienter plutôt vers le public.

DECISIONS POLITIQUES : - revalorisation suffisante du statut des MIS – accès à la responsabilité en DIM - redéploiement des postes hospitaliers et hospitalo-universitaires dans la discipline – possibilité			
	POST-INTERNAT IMMEDIAT	COURT TERME	LONG TERME
			SI OUI SI NON
DOMAINE PRIVE	+ / -	++ - Développement important de la demande d'une double compétence (sociétés de consultants en management hospitalier, société d'Audit, industrie pharmaceutique, gestion de cliniques privées, etc...)	++ +++
DOMAINE PUBLIC	++	+ / - MIS - inadéquation entre d'une part l'investissement et la valeur de notre formation et d'autre part l'état des statuts, des profils de carrières et des rémunérations DIM - postes de techniciens sans grandes responsabilités. PMI - barrage administratif. HOSPITALIERS - postes transitoires, exercice clinique illégal HOSPITALO-UNIVERSITAIRES - absence de redéploiement OCHS - absence d'obligation de recrutement de médecins compétents en Santé Publique.	++ -

Figure 12 : Prospectives d'avenir à court et long terme pour les internes issus de la filière santé publique, figure issue de « devenir de la 2^{ème} promotion d'internes de santé publique », C. Grouchka, bulletin du CUESP n° 7, Mars 1990, archives privées

III. C. 4. iii. L'articulation avec les autres formations de santé publique

Dans l'exposé des motifs de la réforme des études médicales, la création de la filière de santé publique est justifiée par le besoin de regrouper des « formations multiples, éparpillées, inégales dans leur contenu, mais qui utilisent des connaissances et des démarches proches malgré les différences d'exercice professionnel ultérieur et de savoirs spécifiques dont

l'enseignement doit être assuré »¹. Lors des travaux d'élaboration de la filière, l'administration insiste sur l'importance de la collaboration entre le milieu universitaire et les autres lieux de formation de santé publique pour construire les enseignements, notamment avec l'ENSP. Enfin, dès les premières réflexions menées sur la formation théorique de la filière de santé publique, les enseignants et l'administration souhaitent mettre en place une formation parallèle, ouverte à d'autres profils, médecins et non médecins. Le compte rendu de la première réunion de mise en place de la filière indique : « l'ensemble des participants est favorable à la création d'une formation complémentaire en dehors des D.E.S : capacité, compétence... »². En pratique, les enseignements du DES tardant à se mettre en place dans les inter-régions, les premiers internes vont solliciter des formations extérieures pour acquérir des compétences en santé publique. L'enquête du CliSP sur le devenir de la 2^{ème} promotion d'internes en santé publique montre qu'un interne sur 5 continue sa formation par un DEA, un DESS ou l'intégration d'une école de santé publique (ENSP ou Sécurité sociale).

III. C. 4. iii. a. Les internes de santé publique et l'ENSP

Malgré l'existence de travaux au niveau du ministère de la santé sur l'évolution du statut de médecin inspecteur de santé au moment de la mise en place de la filière de santé publique, il ne semble pas avoir été instauré de formation commune avec la filière et l'ENSP pour permettre aux internes de santé publique qui le souhaitent d'entrer dans l'administration publique à la fin de leur internat. La formation de l'ENSP permettant d'obtenir le statut le médecin inspecteur de santé reste inchangée et la filière de santé publique est construite en parallèle sans qu'une passerelle ne soit mise en place. Les internes de santé publique souhaitant intégrer l'administration doivent donc, à la fin de leur internat, réussir le concours

¹ Note de présentation de la réforme des études médicale, texte de M. Jouve, non datée, archives nationales

² Compte rendu de la réunion du 15 décembre 1983 sur la filière de santé publique, archives DGS

d'entrée à l'ENSP et suivre la formation d'un an et demi à l'école de Rennes pour obtenir un poste de médecin inspecteur de santé en DRASS ou DDASS (Paolo Bercelli 1986). Les internes optant pour ce débouché semblent peu nombreux : seulement 3 sur les 64 internes de la promotion 1985¹. Un enseignant de l'ENSP interviewé se souvient avoir vu des internes de santé publique passer un semestre ou une année à l'école mais ils restaient « *très minoritaires* ». Ce dernier se rappelle que l'arrivée d'internes de santé publique dans la formation de médecin inspecteur de santé a entraîné des modifications du profil des étudiants. En effet, l'ENSP a vu arriver des étudiants avec une formation plus riche, plus diverse et plus actualisée dans les rangs des MIS. Selon lui, l'apparition de ces nouveaux profils aurait dû amener à repenser la nature du métier, les conditions d'exercices, la rémunération et la formation à l'ENSP.

« Il y avait, de la part de l'administration centrale du ministère de la santé, une résistance à voir les futurs fonctionnaires que sont les médecins inspecteurs [...] bénéficier de diplôme de meilleure qualité ou de plus haut niveau, ou mieux reconnu que ceux dont ils bénéficiaient, parce que, derrière, y avait la crainte de demande d'amélioration du statut, d'amélioration des rémunérations, d'où une forte résistance à ça. Une forte résistance à ce qu'on aurait pu imaginer, [...] qui était de dire : on remplace dans le statut le fait de dire [que] pour être [...] diplômé médecin de santé publique, un médecin doit être titulaire à la fois de la spécialité universitaire et du diplôme de santé publique délivré par l'ENSP. [...] Et on fait en sorte que cette spécialité garantisse l'acquisition des compétences nécessaires à l'exercice de cette profession (de médecin inspecteur ou de médecin de santé scolaire) et qu'il y ait un complément concerté dès l'origine. Et ça, ça ne s'est pas fait. Et donc jusqu'à récemment on avait toujours la double exigence. Et faute de candidat au concours, en tout cas face au nombre insuffisant de candidats au concours, le ministère a dû accepter que des gens qui n'avaient pas la spécialité universitaire passent le concours » (entretien avec un enseignant de l'ENSP)

¹ Devenir de la 2^{ème} promotion d'internes de santé publique, Cédric Grouchka, bulletin du CUESP n° 7, Mars 1990, archives privées

III. C. 4. iii. b. Les internes de santé publique dans les autres formations universitaires

D'autres formations en santé publique ont vu le jour au moment de la mise en place de la filière de santé publique dans le 3^{ème} cycle des études médicales. En effet, au début des années 80, il n'existe que très peu de formations en santé publique en France. Seule l'école de Rennes est vraiment identifiée comme lieu de formation en santé publique à cette période. Les enseignants hospitalo-universitaires ainsi que des chercheurs en épidémiologie ou en sociologie de la santé vont s'associer pour mettre en place des formations en dehors du cursus médical, afin de permettre à d'autres profils d'étudiants d'en bénéficier. Et les internes de santé publique sont fortement incités par les enseignants à suivre des formations en dehors du DES. Un coordinateur le reconnaît : *« il me semble que j'exigeais quand même un DEA ou un équivalent parce que certains avaient des formations un peu marginales. Ceux qui faisaient une école de commerce, l'ESSEC¹ ou HEC², avaient quand même le niveau. »*

Le service de santé publique de Saint Antoine est un des premiers lieux de formation en santé publique, plus particulièrement pour l'approche de santé communautaire. Le chef de service, Bernard Pissarro, met en place plusieurs formations en Île-de-France et notamment un DESS de « santé communautaire et médecine sociale » en 1989. Ce DESS a pour but de former « les médecins en cours d'internat, qu'ils préparent le DES de santé publique ou une spécialité à forte composante de médecine sociale » mais aussi « des praticiens de la santé, quel que soit leur mode d'exercice, des infirmier(e)s, des travailleurs sociaux, des gestionnaires de la santé, des spécialistes de sciences humaines de la santé (socio-anthropologues, économistes...) »³. Ce DESS permet aux étudiants de « construire leur propre formation sur la base d'une

¹ École supérieure des sciences économiques et commerciales

² École des hautes études commerciales

³ Bernard Pissarro, document de travail, 1^{er} février 1989, « DES-IF formation finalisée, Santé communautaire et médecine sociale ». Archives privées

pédagogie active » et « débouche sur des pratiques ayant une composante clinique plus ou moins importante, mais aussi une forte composante sociale, juridique ». Ce diplôme vise à former des professionnels capables de mener des actions de planification ou d'organisation dans le champ de la santé auprès des DDASS, des comités communaux de l'action sociale, des centres de santé ou d'associations. Un enseignant se rappelle que quelques internes de santé publique ont suivi ce DESS, mais qu'ils restaient peu nombreux, ce qui ne manquait pas de l'étonner : *« on n'avait pas beaucoup de DES dans le DESS, il y en avait un ou 2, c'est bizarre... »*.

De son côté, l'Inserm a développé la formation en épidémiologie, et notamment à travers des doctorats. L'université et l'Inserm ont construit leurs formations en santé publique en parallèle. Les internes de santé publique sont donc nombreux à passer par l'Inserm pour se former en épidémiologie et statistiques. La plupart suivent un DEA d'épidémiologie porté par l'école de Schwartz, d'autres s'orientent vers un doctorat en fin d'internat grâce aux bourses de recherche de l'Inserm. Un enquêté explique cette répartition par le manque de moyen au niveau de l'université pour mettre en place une formation complète en santé publique : *« les universités ont fait les masters, et l'Inserm a fait les doctorats. Les universités n'avaient pas les moyens. Les universités s'occupent des emplois université-hôpital, elles ne pouvaient pas faire en plus des doctorats, à cette époque-là en tout cas. Donc les collègues qui avaient fait un parcours un peu analogue, qui étaient assistants à l'Inserm puis qui ont eu un 1^{er} chargé de recherche etc., ont créé les formations doctorales. »*

A Paris, un master interuniversitaire de santé publique voit le jour au début des années 1990. Porté par Alfred Spira, médecin épidémiologiste successeur de Daniel Schwartz à l'Inserm, ce master est le fruit d'une collaboration entre universitaires de santé publique, médecins et

non-médecins. La plupart des enseignants hospitalo-universitaires de santé publique parisiens interviennent dans ce master. Mais l'équipe pédagogique réunit également d'autres profils : sociologues de la santé, juristes, économistes de la santé, épidémiologistes et statisticiens... Nombreux sont les acteurs parisiens qui font mention de ce master dans leur entretien. Ils parlent d'Alfred Spira comme du seul à avoir réussi à rassembler des enseignants de divers horizons appartenant aux différentes disciplines de la santé publique : *« il faut rendre grâce à Spira qui a su fédérer les gens. »* ; *« vers 1995 nous avons monté un master de santé publique au Kremlin Bicêtre avec Alfred Spira. C'était le premier master, la première maîtrise, le premier M1 de santé publique. Avec Spira, nous étions tout à fait d'accord sur le fait que ça n'était pas une discipline, que la santé publique était une démarche, un champ, un mode d'approche, qui mobilisait des disciplines extrêmement différentes, mais ça n'était pas une discipline. [...] Cette maîtrise en santé publique était une formation pluridisciplinaire. Il y avait de la sociologie, [...] du droit de la santé, de la sociologie des organisations, de l'économie de la santé, et puis les méthodes dures qui étaient l'épidémiologie et les biostatistiques »*. Les enquêtés distinguent nettement le travail du professeur Spira pour son master des travaux de construction des enseignements de la filière de santé publique : *« il [Alfred Spira] n'a jamais beaucoup promu le DES, il avait son propre montage de formations, excellent au demeurant, mais le DES, là-dedans, c'était peu, à côté de la filière de master de KB. »*

Les internes de santé publique sont nombreux à suivre ce master, qui permet une formation complète en santé publique et sera validant pour la formation théorique du DES dans un second temps. Un enseignant se souvient que ce master a permis d'assurer une formation plus solide aux internes de santé publique : *« l'avantage du master de KB c'est qu'il a été validant pour le DES, mais c'est venu assez tard, au départ c'était flottant. Quand il a été validant je pense que ça a un peu stabilisé la formation du DES »*. Selon les entretiens, les

internes de santé publique qui participent au master sont perçus comme un groupe « à part » par rapport aux autres étudiants :

« Il y avait toute une formation en santé publique, mais qui n'a rien à voir avec le DES... enfin, on avait un ou deux internes qui venaient comme ça dans la maîtrise, qui faisaient le master, il y avait des internes de santé publique qui arrivaient mais... ah ! C'était les internes de santé publique ils avaient un statut à part. » entretien avec une HU nommé dans les années 1980

« Dans la maîtrise puis le master que nous avons avec Spira, il y avait des internes et des internes de santé publique. Nous n'avions pas que des internes de santé publique. J'avais des internes qui étaient en réa... moins en chirurgie, plutôt en médecine, médecine interne, en gastro, en cardio... Nous avons 3 populations : les internes ; les professionnels, en petit nombre, soit soignants, soit assistant social, soit, certaines années, des médecins généralistes en reconversion ; et des étudiants qui avaient fait administration économique et sociale (AES), et qui galéraient les pauvres. J'étais toujours en colère parce que les internes avaient toujours des très bonnes notes, ce qui est normal, mais ils venaient à moitié aux cours et ils s'en sortaient toujours très bien aux examens et les pauvres AES, très assidus, avaient beaucoup plus de mal. »
entretien avec une sociologue de la santé

III. C. 5. Perceptions par les acteurs de la mise en place de la filière « santé publique » au sein de l'internat de médecine

Avec le recul des années, les acteurs interviewés ne font pas tous le même bilan concernant la mise en place d'une filière, qui deviendra plus tard une spécialité, de santé publique dans l'internat de médecine. Bien qu'aucun acteur ne parle véritablement de réussite ou d'échec, certains sont plus optimistes que d'autres. Trois idées se détachent lorsque les acteurs évoquent l'internat de santé publique : 1) sa création a permis de faire reconnaître la santé publique en médecine comme une spécialité à part entière ; 2) sa mise en place a fixé l'organisation des différentes disciplines dans l'enseignement de la santé publique en

médecine ; 3) et son implantation hospitalo-universitaire rend difficile la mise en œuvre de l'internat de santé publique telle qu'imaginée par les premiers « créateurs » de la filière.

III. C. 5. i. Reconnaissance de la santé publique comme une spécialité médicale à part entière

Les personnes interviewées s'accordent pour dire que la création d'une filière de santé publique dans l'internat de médecine a permis de faire reconnaître la santé publique. L'un d'entre eux parle d'« *anoblissement de la discipline* ». Néanmoins, plusieurs des enquêtés ont un avis mitigé, ayant l'impression que la filière n'a pas permis de développer la santé publique en France telle qu'ils l'avaient imaginée, comme l'exprime cet enseignant universitaire : « *l'internat c'est quand-même un petit progrès parce que ça fait reconnaître la santé publique. Mais on n'a pas réussi à le développer correctement* ». Certains regrettent l'implantation hospitalo-universitaire de la filière, qui freine selon eux une approche pluridisciplinaire de la santé publique :

« Comme l'internat, c'était le super concours, que ceux qui n'avaient pas l'internat, ils faisaient tous les petits boulots de la médecine, on s'est dit, si y a un internat de santé publique, on va anoblir la discipline. Et vraiment ça eu un effet d'anoblissement. Donc ça a joué, mais ça a été très cher payé, parce que par la suite il a fallu leur trouver une identité et c'était compliqué. [...] Là, je trouve que le point d'ancrage, c'est l'anoblissement de la santé publique par l'internat, et en même temps l'erreur profonde de mettre la santé publique dans les hôpitaux » entretien avec une HU nommé dans les années 1980

Lorsqu'ils donnent leurs impressions sur la création de la filière de santé publique, les acteurs sont nombreux à évoquer les difficultés de la mise en place : « *au début c'était quand même extrêmement artisanal et assez bordélique, on peut le résumer comme ça* » ; « *on était une dizaine, une dizaine... c'était vraiment compliqué* » ; tout en justifiant leur persévérance par la volonté d'être reconnus : « *c'était des gens de bonne volonté, un peu militants quand-même.*

Il y avait un côté vraiment militant du côté des enseignants. [...] On se disait « allez, enfin on est reconnu, on a un truc qui existe, il faut montrer que c'est utile », on y croyait. C'était une époque, c'était bordélique, artisanal, mais avec la volonté de faire quelque chose... en tâtonnant, en pataugeant pas mal... »

Du côté hospitalo-universitaire, la création de la filière de santé publique a été l'opportunité de créations de postes et a permis une meilleure reconnaissance au niveau universitaire. Pour un témoin de la mise en place de la filière, la création de l'internat a changé le regard des médecins hospitalo-universitaires sur la santé publique. Pour lui, le fait que les médecins de santé publique aient la même formation que les autres médecins et qu'ils soient enseignants hospitalo-universitaires a permis de considérer la santé publique comme l'égale des autres spécialités : « Il y a donc un internat. Bon ce n'est pas celui qui est choisi en priorité, mais la nouveauté essentielle, c'est que ces gens qui arrivent en santé publique ont une formation clinique de base, ils ont eu des stages d'externes, ils ont fait jusqu'à l'internat les mêmes études que tous les médecins de leur génération, et ils en sont plus proches... on les considère, ils se considèrent beaucoup plus comme des vrais docteurs, si je puis dire, beaucoup plus qu'avant. [...] Avant ils n'étaient pas écoutés en médecine. [...] Avec son internat, la santé publique est devenue une vraie discipline... A partir du moment où ça devient une vraie discipline médicale, à partir du moment où c'est un internat, on est comme les autres. » La meilleure reconnaissance de la santé publique se fait aussi au niveau de la formation en médecine. En effet, parallèlement à la création d'une filière dans le troisième cycle des études médicales, la santé publique est intégrée dans le programme du concours et les étudiants de deuxième cycle se familiarisent avec cette spécialité avant l'internat : « dès qu'il y a eu un internat de santé publique, les étudiants, alors qu'ils ne travaillaient pas du tout cette discipline, juste ce qu'il fallait pour passer l'examen, se sont mis à considérer que c'était une vraie discipline, donc

ça a fait un changement profond. [...] C'est devenu une discipline dont on prenait conscience dès l'année du concours de première année. Ce qui n'apparaissait pas avant. ». L'arrivée de la filière de santé publique a également permis d'améliorer les connaissances et de faire évoluer les compétences des médecins de santé publique, l'internat de santé publique a « *fait monter le niveau* », notamment en épidémiologie. Enfin, un universitaire interviewé estime que la filière de santé publique a permis de lisser les différences entre les sous-sections du CNU de santé publique et principalement entre « *la 01* » (sous-section hygiène et médecine sociale) et « *la 04* » (sous-section biomathématique, biostatistiques et informatique) :

« Je pense que ça a fait monter le niveau aussi. Maintenant il y a de bons épidémiologistes dans la sous-section ex-hygiène, ce qui n'était pas du tout le cas au départ, ce n'était pas du tout de là qu'ils venaient, c'étaient des personnes qui faisaient de l'hygiène au sens des infections nosocomiales... Pour la médecine sociale aussi ça a fait monter le niveau. Il y avait pas mal de pédiatres, qui travaillaient en PMI qui faisaient des choses formidables, mais qui n'étaient pas épidémiologistes et petit à petit ils ont aussi acquis ces compétences-là. Je pense que le DES commun entre les disciplines a beaucoup contribué à ce que, tout en conservant leurs spécificités, il y ait moins de différences entre les 2 sous-sections. [...] On n'était pas dans la même [sous]section sur le plan universitaire mais on était dans le même DES, ça nous a rapprochés. Les internes allaient de l'un à l'autre indépendamment du fait que c'était la sous-section 01 ou 04, ça a rapproché les choses et maintenant il n'y a plus de rivalité entre les 2 sous-sections, enfin je n'ai pas l'impression en tout cas »

entretien avec un HU nommé dans les années 1980

Pour les enquêtés, cette reconnaissance de la santé publique se traduit également par l'ouverture de débouchés variés. En effet, si au moment de la création de la filière il n'existait que très peu de débouchés, les premiers internes de santé publique ont réussi à obtenir des postes dans de nombreux domaines. L'internat de santé publique a permis la découverte de nouveaux espaces de professionnalisation comme les associations. Tandis que pour un enseignant parisien l'internat de santé publique est « *un succès parce qu'on voit que, là où*

émergent des besoins de santé publique, il y a des professionnels qui sont prêts à s’y mettre », un ancien coordinateur du DES affirme : « quand je vois tous ceux que j’ai connus en culottes courtes et que je vois ce qu’ils ont fait je me dis que, finalement, c’est une réussite cet internat ».

III. C. 5. ii. Place des différentes disciplines dans l’organisation de la filière santé publique : la domination de l’épidémiologie

Lorsqu’ils évoquent les années 1970 – 1980, les enquêtés se rappellent surtout l’absence de santé publique en France. Un témoin de la création parle de « *cécité globale* » en santé publique au niveau des administrations, tandis qu’un acteur se rappelle qu’« *à l’époque, la meilleure manière de résoudre un problème de santé publique était de ne surtout pas le documenter. Donc comment voulez-vous qu’on paye des emplois pour documenter les problèmes de santé publique !* ». Ce contexte fait de la santé publique un espace en mutation dans les années 1980 où « *tout a été créé en même temps* ». Les acteurs interviewés perçoivent les années 80 comme un « *tournant* » pour la santé publique avec l’apparition de son aspect « *polydisciplinaire* ». La filière de santé publique est créée au même moment que l’apparition des premières agences sanitaires, que l’évolution des missions de santé publique à l’hôpital, etc. Un médecin de santé publique ayant travaillé avec l’ENSP se réjouit de cette évolution et affirme que « *la santé publique et les groupes d’aide en santé publique ont quand même sensiblement gagné en notoriété en France sur cette période-là. [...] La diversité de ceux qui exercent la santé publique s’est considérablement accrue* ».

Cependant, la plupart des personnes interrogées insistent sur le fait que les différentes disciplines n’ont pas la même place dans la formation en santé publique, et ce, dès la création de la filière. La prédominance de l’épidémiologie et des méthodologies quantitatives observée

dès la construction de la filière (cf. III. C. 2. i. b.) se confirme lorsqu'on regarde les formations effectuées par les premiers internes de santé publique. En effet si les disciplines mobilisant des méthodes quantitatives semblent prendre une place importante, celles mobilisant les approches qualitatives comme les sciences sociales ou le management sont peu présentes dans la formation des internes de santé publique. Selon des témoins de la construction de la filière, ce déséquilibre s'explique par la forte influence du « *quantitatif* » lors de la construction de la santé publique en France par rapport aux autres méthodologies, qualifiées « *d'ancillaires* » par un des enquêtés : « *nous nous sommes beaucoup structurés autour du chiffre, et surtout de l'essai clinique, de supériorité, randomisé. Du coup les techniques ancillaires comme les sciences humaines et sociales étaient, de mon point de vue, assez formidablement absentes, fort peu représentées à l'époque* » ; « *je pense que la santé publique s'est construite sur du quantitatif, sur des biostatistiques. Les pères fondateurs de l'épidémiologie étaient à l'origine de ces formations de santé publique* ». La prédominance des méthodologies quantitatives s'explique aussi par l'importante croissance prise par la médecine fondée sur les preuves à partir des années 1980, entraînant un courant de rationalisation des pratiques. En effet, d'autres interviewés justifient la prédominance de l'épidémiologie par la plus grande légitimité et la facilité des médecins à se former à une approche dont le paradigme heurte peu celui qui sous-tend les études de médecine, alors que les sciences sociales nécessitent un changement de paradigme et donc un investissement plus important, que la plupart des médecins n'ont pas le temps de fournir : « *pour être épidémiologiste tout azimut [...] être médecin est un avantage. [...] C'est aussi le seul domaine où un jeune médecin qui voulait faire de la santé publique avait une possibilité de se former et de devenir véritablement crédible. [...] Tandis que celui qui voulait faire des sciences sociales, de la sociologie ou de la psychologie avait du mal à trouver des endroits où se former, puisqu'en*

médecine il n'y en a pas beaucoup, et, trop souvent il n'est pas compétent, il emploie les mots, les phrases mais il ne rend pas service. Peut-être que j'exagère parce que je ne suis pas un grand fana des sciences sociales, à tort... En épidémiologiste le médecin de santé publique fait des essais thérapeutiques, il publie facilement, il rend service, tandis qu'en sciences sociales et humaines il ne rend pas beaucoup de service. C'est plus difficile de se former, de devenir compétent et d'être en compétition avec des sociologues de la santé, des économistes de la santé, etc. alors qu'en épidémiostat, les médecins qui se forment bien sont plus que compétitifs, d'ailleurs il n'y a personne pour les compétitionner ».

Les enquêtés regrettent l'absence des autres disciplines et estiment que l'épidémiologie a pris une place trop importante dans la formation de santé publique en médecine : *« l'internat de santé publique est un peu trop axé sur [...] l'épidémiologie et les biostatistiques et toutes les disciplines qui sont autour des sciences sociales et humaines et surtout gestion, économie et management sont assez absentes. C'est un reproche qu'on peut faire à la santé publique en général, hospitalo-universitaire »* ; certains fondent ce reproche vis-à-vis de la santé publique française en général : *« la vision de la santé publique, même dans le milieu de la santé publique, est une vision très tournée vers l'épidémiologie étiologique et pas du tout ouverte aux sciences sociales, ce qui est une erreur absolument majeure »*. Quand ils évoquent les approches de santé publique délaissées par l'internat, les acteurs de la création parlent beaucoup de la santé communautaire. Selon eux, peu d'universitaires se sont intéressés à la santé communautaire et cette approche n'a pas réussi à se faire une place dans le monde hospitalo-universitaire et donc dans l'internat de santé publique : *« la santé communautaire dans le monde hospitalo-universitaire, ce n'était pas vraiment populaire à l'époque »*. L'un des enquêtés explique cet échec par l'absence de structuration méthodologique en santé communautaire, en plus de l'absence de réponse à des besoins hospitaliers : *« ce n'était pas*

suffisamment structuré méthodologiquement pour pouvoir faire école dans un milieu qui ne voulait pas. Comment voulez-vous l'intégrer dans une structure hospitalière, au service de quelle fonction hospitalière ça plait ? ». D'autres enquêtés estiment que les médecins hospitalo-universitaires de santé publique sont plutôt tournés vers la recherche et la méthodologie qu'impliqués dans la gestion de problèmes de santé publique : « les hospitaliers ont une vraie méconnaissance de la chose publique. Une vraie méconnaissance. [...] Il y en a très peu qui savent ce qu'est une loi, une réglementation, même en santé publique, ils ne savent pas très bien. Par contre ils ont rendu des services considérables dans la recherche, ils ont beaucoup aidé dans l'espace de la clinique, tout ce qui est savoirs évaluatifs, méthodologies... je ne dis pas qu'ils sont inutiles, mais c'est comme si ce n'était pas tout à fait les mêmes métiers ». Ce même acteur de la création de la filière regrette la déconnection de la santé publique d'avec la clinique, avec la disparition des métiers « mi-clinique, mi-santé publique » comme il en existait au moment de la création, au profit de médecins de santé publique spécialisés dans la théorie et dans la méthodologie : « on a fait décoller la spécialité sur les méthodes et sur le plein temps non clinique, du coup les métiers qui supposaient quand même d'être un peu clinicien ont disparus. [...] Maintenant, vous avez été dissuadés de faire de la clinique. Les premiers collègues étaient des cliniciens qui ont dévié ».

Pour certains enquêtés, le fondement de la santé publique hospitalo-universitaire sur la recherche et sur les méthodes quantitatives est responsable de l'absence d'identité propre au médecin de santé publique. En effet, d'autres médecins, non spécialistes de santé publique, peuvent s'approprier ces disciplines, notamment la recherche clinique, et d'autres professions comme les statisticiens peuvent faire de l'épidémiologie en médecine. L'un des enseignants interviewés évoque cette crise identitaire chez les premiers internes de santé publique : « la recherche clinique, tu peux l'avoir par ailleurs, tu n'es pas obligé d'avoir fait un internat de

santé publique pour faire de la recherche clinique. Vraiment. D'ailleurs ils allaient tous se former chez Lelouch et Schwartz, les cliniciens qui voulaient faire de la recherche clinique. Donc ils n'avaient pas besoin de passer par l'internat, ils revenaient en santé publique pour avoir un titre universitaire, mais ils ne faisaient pas l'internat. Donc les internes... ils ont eu une crise identitaire terrible. Je me souviens [...] ils étaient très angoissés les internes. On travaillait sur l'identité justement... Ils étaient très angoissés... »

III. C. 5. iii. Les difficultés dues au positionnement hospitalo-universitaire

Si les enquêtés reconnaissent que la création de la filière permet de faire reconnaître la santé publique, ils sont nombreux à lui reprocher son implantation hospitalo-universitaire. Manque de collaboration avec l'extérieur, obligation d'un statut médical pour enseigner la santé publique, difficulté de positionnement des médecins de santé publique... : cette implantation explique, pour les enquêtés, sa faiblesse en France aujourd'hui.

Un enseignant ayant travaillé avec l'ENSP qualifie de « *forteresse unipersonnelle* » les services de santé publique de certains CHU. Ce manque de collaborations est responsable selon lui d'un « *émiettement des forces dans une discipline déjà globalement faible* » qui ferait la faiblesse de l'internat et de la santé publique aujourd'hui. Un témoin hospitalo-universitaire de la création de la filière termine son entretien amèrement sur ce point : « *s'il y avait eu un front commun entre médecins de santé publique universitaires et non-universitaires, on serait plus forts aujourd'hui* ».

Le statut hospitalo-universitaire de la santé publique implique l'obligation d'être médecin pour être professeur de santé publique. Or, nombreux sont les enquêtés qui questionnent cette exclusivité et vont jusqu'à interroger la place de la santé publique en médecine, comme

ce médecin de santé publique : « *il nous faut des années pour faire rentrer en médecine un enseignement de santé publique. Est-ce que c'est une vraie discipline ? Est-elle médicale ? Les inégalités sociales comme facteurs d'aggravation potentiel de la santé, est ce que c'est des médecins qui doivent l'enseigner à des médecins ? [...] Or pour être professeur de médecine, il faut que ce soit une fonction dans l'hôpital, une fonction de recherche, une fonction d'enseignement, même pour la santé publique* ». Un autre médecin de santé publique explique l'insuffisance de l'étude des déterminants de la santé en France par le monopole de la santé publique par les médecins : « *moi j'avais une formule, qui vaut ce qu'elle vaut, qui était de dire que la médecine française, les médecins français, ont très longtemps, je ne suis pas sûr que ce soit terminé, méprisé la santé publique mais confisqué et monopolisé la santé publique. Dire qu'il n'y avait pas de santé publique non médicale et que les compétences non médicales qui sont cependant indispensables à la santé publique était méconnues, humiliées, voire insuffisantes parce que précisément elles ne pouvaient pas s'étudier* ». Un autre enquêté parle de différence de « *paradigme* » entre la santé publique et la médecine : pour lui, la santé publique est pluridisciplinaire et cet aspect ne peut pas être développé dans un milieu hospitalo-universitaire : « *il y a une différence de paradigme entre la santé publique et la médecine. On peut faire un peu de sensibilisation à la santé publique, à l'approche collective de la santé auprès des médecins, mais ça ne sert à rien, ils ne seront jamais médecins de santé publique. Pour moi c'est deux mondes différents. Il peut y avoir des interfaces, il peut y avoir des médecins qui contribuent à la santé publique. Idem entre la biologie et la médecine. Les biologistes ne sont pas médecins, ils sont biologistes et accessoirement médecins. En santé publique c'est pareil. [...] Est-ce que la santé publique a un paradigme différent de celui de la clinique ? Pour moi, c'est oui. Pour moi, les endroits où la santé publique s'est développée, c'est les endroits où il y a eu de la santé publique pluridisciplinaire* ». Ce médecin de santé publique

distingue également dans leur missions les enseignants hospitalo-universitaires des professionnels de terrain : *« il y a la santé publique universitaire, elle ne fait pas beaucoup de santé publique mais elle l'enseigne. Et les gens de terrain qui font de la santé publique mais qui ne font pas beaucoup de recherche »*. Un membre de l'administration qui a participé à la mise en place de la filière va même jusqu'à remettre en cause l'existence de l'internat de santé publique et regrette de n'avoir pas pu développer d'autres formations de santé publique : *« l'internat de santé publique limité aux médecins est une erreur. [...] Si on essaye d'être un peu critique, c'est vrai que c'est un handicap. C'est un handicap d'avoir limité cette filière aux médecins. C'est un handicap pour plusieurs raisons. D'abord parce que la discipline a besoin de géographes, de sociologues, etc. Bien sûr, je ne dis pas qu'il fallait imposer un internat aux sociologues et aux géographes mais il fallait qu'on prévoie quelque chose d'équivalent, et que sur le marché du travail de la santé publique, n'apparaissent pas que des docteurs en médecine. Ça, je pense que c'est une connerie... »*

De l'insertion de la santé publique dans le milieu hospitalo-universitaire a découlé le choix d'un positionnement hospitalier du médecin de santé publique. L'enseignement et la fonction hospitalière allant de pair et ne pouvant pas être séparés, l'implantation de la santé publique à l'hôpital s'est donc faite *« par la force des choses »* selon les termes d'un des premiers enseignant de la discipline. Pourtant, selon les enquêtés, les missions des médecins de santé publique à l'hôpital sont jugées peu valorisantes. Pour un acteur de la création de la filière, l'émergence des emplois hospitaliers en santé publique s'est faite notamment à partir des missions que les autres médecins ne souhaitaient pas remplir : *« je pense que l'hôpital cherchait dans la santé publique des personnes qui faisaient un boulot qu'il ne voulait pas faire : faire les statistiques de ses études, faire l'évaluation des soins... Les médecins (cliniciens) arrivaient en disant « voilà mon étude, trouve-moi quelque chose »*. La santé publique a quand

même émergé sur des métiers que les cliniciens ne voulaient plus faire ». Selon les enquêtés, si la création des départements d'information médicale a donné aux médecins de santé publique une légitimité à l'hôpital, beaucoup regrettent la trop grande proportion d'internes qui, en sortant du DES « santé communautaire et médecine sociale » ont suivi cette voie. Un ancien conseiller ministériel ayant participé à la construction de la filière affirme que « le nombre de praticiens de DIM qui sont issus de l'internat de santé publique est trop important. Inversement, on peut dire heureusement qu'il y avait les DIM pour accueillir ces PH [praticien hospitalier] de santé publique parce qu'on n'aurait pas pu les caser », et, pour un enseignant proche du service de Saint Antoine, les médecins de santé publique « ont vraiment toujours été une filière à part, ils ont réussi à se trouver bien à partir du moment où il y a eu le département d'information médicale dans les hôpitaux. Ils ont commencé à trouver une espèce d'identité hospitalière, un dénominateur commun, qui nous choquait horriblement, nous, parce qu'on pensait que c'était complètement sous-dimensionné par rapport à leurs capacités. Mais ça a eu l'air de stabiliser un peu la filière. On se disait que finalement, ce n'était pas complètement inepte qu'on soit là. Mais on trouvait que c'était vraiment du personnel surqualifié pour le travail qu'on leur donnait... c'était notre point de vue ».

Plusieurs enquêtés se rappellent avoir tenté de mettre en place un statut d'universitaire extra-hospitalier de santé publique ou des missions extra-hospitalières pour les médecins de santé publique hospitalo-universitaires : « on s'est battu pour être universitaire et en dehors de l'hôpital, et on n'a jamais réussi ». Certains expliquent cet échec par le fait que l'hôpital, qui rémunère les hospitalo-universitaires, a besoin d'évaluation et de données économiques et épidémiologiques et n'est pas intéressé par ce qui se passe à l'extérieur : « le fait d'être hospitalo-universitaire et de s'être implanté dans l'hôpital fait qu'ils [les médecins hospitalo-universitaires] travaillent pour l'hôpital. L'hôpital, lui, demande un peu d'évaluation, des

données économiques, des données épidémiologiques, c'est ça qui l'intéresse ; la santé des gens, ce n'est pas directement le souci majeur... la maladie des gens, c'est leur souci, mais pas la santé des gens. Du coup, on est beaucoup plus dans le soin ». Un professeur de santé publique hospitalo-universitaire, nommé au moment de la création de la filière, pense que la faible mobilisation des enseignants eux-mêmes n'a pas permis de faire sortir la santé publique de l'hôpital, il insiste sur la volonté des HU de maintenir leur double statut leur permettant d'être rémunérés par l'hôpital et par la faculté : « la santé publique ne devrait pas être purement hospitalo-universitaire. [...] Mais c'est une vision de la santé publique qui n'est pas originale, on aurait toujours dû se battre pour ça. Sauf qu'évidemment les gens n'avaient pas envie de cracher dans la soupe, ni sur leur double salaire. Tous mes collègues que j'ai essayé de convaincre voulaient garder la santé publique hospitalo-universitaire, purement discipline médicale, ce qui a mon avis est une énorme bêtise. Il y avait un argument très compréhensible et un peu triste qui est purement mercantile : quand ils sont HU ils ont un double salaire, ils sont contents. Il y avait un autre argument, qui était acceptable, c'était de considérer qu'il ne fallait pas que la santé publique quitte le champ médical ».

Lorsqu'ils parlent de la place du médecin de santé publique à l'hôpital, les enquêtés évoquent souvent les difficiles relations avec les cliniciens. L'un d'eux témoigne des rapports conflictuels lors de travaux de recherche, entraînant un isolement des médecins de santé publique : « la santé publique à l'hôpital a été très détournée parce que les cliniciens demandaient des travaux aux gens de santé publique et les prenaient pour se promouvoir eux-mêmes. Donc les gens de santé publique, au départ, ils restaient toujours seuls, ils avaient aidé un clinicien mais ils n'étaient pas promus, eux. Il y a eu comme ça quelques années redoutables, jusqu'au moment où ça s'est débloqué. Je me souviens qu'au début c'était compliqué de créer une équipe. Le médecin de santé publique qui faisait les statistiques pour une étude était apprécié

mais celui qui était promu c'était le chef de clinique qui avait présenté l'étude, ce n'était pas les gens de santé publique qui avaient fait les statistiques de son étude ». Un autre enquêté parle de « divorce entre ces deux mondes », clinique et santé publique, qu'il explique par « deux choses : le fait que le clinicien est un praticien de l'individualité et le fait qu'on ne lui ait jamais appris les causes des maladies, les causes au sens déterminants. Je pense que la deuxième cause est plus grave. Ça explique que ces deux mondes s'ignorent ».

Ce positionnement hospitalo-universitaire de la santé publique est également responsable de la perte de débouchés originellement pensés par les créateurs de la filière de santé publique. Ces derniers imaginaient davantage de médecins de santé publique dans les collectivités territoriales : *« la santé publique qui a un peu disparu, et qui nous manque énormément, c'est la santé publique où les médecins s'intéressent aux préoccupations territoriales. [...] Il y a eu une déformation... moi je fais partie des professeurs qui ont travaillé dans les collectivités territoriales pendant 30 ans. Je dois reconnaître que quand j'ai pris ma retraite je me suis dit « il n'y en a plus un ». C'est triste mais c'est comme ça »,* ou en appui de l'administration sur une vision plus globale de la santé publique : *« j'ai défini un peu le métier de médecin inspecteur de santé publique soit comme un généraliste de la santé publique, soit comme un ensamblier qui était là pour mettre ensemble différentes approches pour les mettre à disposition des décideurs, plus que comme un spécialiste de telle ou telle discipline constitutive de la santé publique (épidémiologie, maladies infectieuses...). Et aujourd'hui, la tendance dans les ARS¹ elle est plutôt, me semble-t-il, de chercher des gens qui vont apporter leurs compétences d'anciens PH, de cliniciens, leurs compétences de chercheurs en ceci ou en cela,*

¹ Agence Régionale de Santé

plutôt que de chercher un ensemble qui permettrait un dialogue avec les autres professionnels. Et donc : déception ».

Conclusion

Dès le vote de la loi qui crée la filière de santé publique en décembre 1983, la construction des enseignements démarre. Ces travaux sont vite interrompus par la grève des étudiants en médecine qui remettent en cause l'ensemble de la réforme du troisième cycle des études médicales. Bien que la filière de santé publique ne soit pas une des mesures les plus contestées, elle ne peut se mettre en place au vu de la forte mobilisation des futurs médecins. C'est après une longue concertation et un travail de fond sur l'organisation du système de santé que débutent réellement les travaux de mise en place de la réforme et de la filière de santé publique. Ces travaux, très ambitieux au départ, mettent à contribution les médecins initiateurs de la création de la filière présents dans les réflexions autour du Pr Seligmann mais aussi d'autres personnes issues d'autres disciplines et secteurs. De nombreux DES sont imaginés pour répondre à la diversité des profils des futurs médecins de santé publique. Finalement seul un DES de santé communautaire et médecine sociale sera créé, à côté du DES de médecine du travail et d'un DESC de médecine légale. En pratique, les premiers internes de santé publique, qui arrivent à l'automne 1984, ont du mal à se former correctement à la santé publique en suivant les seuls enseignements prévus par le DES. Le faible nombre d'enseignants présents localement et la difficulté d'accès à des structures extra-hospitalières pour des internes en médecine rend difficile la réalisation des objectifs fixés pour la filière à sa création, principalement celui d'une formation pluridisciplinaire. Avec le recul des années, les enquêtés s'accordent pour dire que la création de la filière a permis de valoriser la santé publique dans l'espace médical même s'ils sont nombreux à lui reprocher son implantation majoritairement hospitalo-universitaire.

IV. Discussion

La création de la filière de santé publique au début des années 1980 suit donc plusieurs étapes. D'abord, des acteurs, issus d'un espace médical de santé publique en mouvement, vont se rapprocher et construire un plaidoyer pour une formation médicale de santé publique pluridisciplinaire et extra-hospitalière. Ces acteurs profitent ensuite de la réforme des études médicales et du positionnement du gouvernement en faveur de la santé publique pour proposer leurs idées. Le croisement des volontés politiques et intellectuelles donne lieu à la création d'une filière de santé publique dans le troisième cycle des études médicale en décembre 1983. La construction de la filière, menée par les mêmes acteurs, aboutira à une formation moins complète que celle imaginée initialement du fait de difficultés institutionnelles et organisationnelles.

Ce travail, malgré quelques limites méthodologiques, permet de mettre en perspective de nombreux points touchant à l'identité du médecin de santé publique. Tout d'abord, entrer dans les détails de la création de la filière fait apparaître les spécificités du processus de création de la spécialité médicale de santé publique par rapport à celui d'autres spécialités médicales. La filière de santé publique a pu voir le jour grâce à une volonté politique mais aussi parce que le domaine dans lequel elle s'intègre est en mutation, ce qui a facilité une réflexion globale sur la formation en santé publique. La mise en place de la filière met en lumière l'inégale mobilisation des acteurs selon leur discipline et leur lieu d'exercice. Finalement, cette thèse montre un certain écart entre la formation imaginée par les initiateurs de la filière et la réalité de sa mise en place, soulignant un glissement entre le rôle du médecin de santé publique initialement prévu et son réel positionnement dans le système de santé. Cet écart

questionne la place de la santé publique dans le milieu médical, et plus particulièrement hospitalo-universitaire, place qui reste aujourd'hui encore peu valorisée.

QUELQUES LIMITES METHODOLOGIQUES

Cette enquête visait à rassembler les témoignages d'acteurs ayant contribué à la création d'une spécialité médicale de santé publique dans les années 1980, ou l'ayant observée, avant que ces témoins ne soient plus présents pour témoigner. Il s'agissait de réunir un matériau indispensable à un travail historique, et d'être en mesure de rassembler également les archives correspondantes. La première confrontation entre ces matériaux effectuée dans cette thèse, et la mise à plat des données recueillies, pourra contribuer, le cas échéant, au travail plus conséquent d'un historien pour approfondir les questions ici ébauchées.

Mené par une jeune médecin spécialisée en santé publique ayant suivi ce cursus de formation et qui s'interroge sur le cadre de sa pratique future, ce travail comporte certaines limites méthodologiques, liées notamment au temps disponible et au statut d'historienne amatrice et autodidacte de l'auteure. Les résultats proposés illustrent la vision des interviewés, issus majoritairement du milieu hospitalo-universitaire. Certaines données manquent à cette réflexion comme la vision de membres de l'école de Schwartz ou la participation de grands acteurs de la création de la filière comme François Grémy ou Daniel Schwartz, décédés au moment de l'enquête. Les femmes sont peu présentes parmi les enquêtés, et les enquêtés, parisiens au moment de la création de la filière, ont aussi presque tous effectué leur carrière à Paris. Cette inégale répartition des genres et des territoires s'explique principalement par le nombre très réduit de femmes et de non-parisiens ayant participé à la création de la filière et à la construction de la réforme des études médicales de 1983 en général. Le recrutement des enquêtés peut aussi expliquer le parisiano-centrisme de cette enquête. En effet, les premiers

enquêtés, parisiens, ont dirigé vers les suivants et ont donc pu orienter vers les personnes de leur cercle proche et donc vers des Parisiens.

Les enquêtés donnent ici un regard actuel sur une période ancienne de plus de 30 ans, et n'échappent pas à l'illusion biographique sur les événements racontés (Bourdieu 1986). Le recueil d'archives n'est pas exhaustif dans la mesure où seules les archives des ministères de la santé et de l'éducation nationale ont été recherchées. L'ajout d'archives du Conseil National des Universités ou de l'École Nationale de Santé Publique aurait pu apporter d'autres éléments, non administratifs.

Le matériau recueilli est toutefois conséquent et d'une grande richesse, permettant déjà de tirer plusieurs fils d'analyse.

UN PROCESSUS DE CREATION QUI SE DISTINGUE DES AUTRES SPECIALITES MEDICALES ?

La création de la spécialité médicale de santé publique suit un processus qui lui est propre. Elle ne se retrouve pas dans les différents processus de création des spécialités cliniques ou chirurgicales décrits par Patrice Pinell (*Ibid.*; Pinell 2004) (cf. I. B. 2). Tout d'abord, la conceptualisation « localiste » de la maladie utilisée par Rosen pour expliquer la spécialisation médicale (Rosen 1944) ne permet pas d'expliquer des spécialités populationnelles comme la santé publique. Réfutant également cette hypothèse pour les spécialités cliniques et chirurgicales, Patrice Pinell décrit les processus de spécialisation comme des segmentations d'une spécialité déjà existante formant des sous-spécialités. La spécialité médicale de santé publique, elle, semble se baser sur le regroupement de disciplines scientifiques déjà établies comme l'hygiène, en développement comme l'épidémiologie ou encore des pratiques émergentes comme la santé communautaire. Par ce regroupement, elle s'intègre dans un double mouvement de réorganisation de la structure universitaire et de l'espace pratique de

la santé publique dans le domaine médical. Ici, la complexification du domaine ne mène pas à une segmentation mais plutôt à un regroupement au sein d'une même spécialité. La transformation du champ disciplinaire et de l'espace de pratique peut être mise en parallèle avec celle de l'ophtalmologie ou l'orthopédie dans la première moitié du XIX^{ème} siècle, qui se sont développées avec l'arrivée de nouvelles techniques qui ont modifié les pratiques (Pinell 2005). Toutefois, la création de la spécialité médicale de santé publique pourrait d'avantage être assimilée à la « médicalisation » d'un domaine existant. Cette notion polysémique a émergé en sciences sociales après la seconde guerre mondiale pour décrire des phénomènes et processus multiples, d'abord sous un angle critique vis-à-vis du pouvoir gagné par la médecine sur de plus en plus d'aspects de la vie sociale, puis de façon plus nuancée pour souligner l'imbrication croissante entre enjeux médicaux et sociaux (Collin et Suissa 2007). En effet, la création de la spécialité médicale de santé publique se fait par intégration dans l'espace médical d'un champ disciplinaire initialement construit en dehors. Par cette intégration, la médecine sort de son périmètre habituel en s'intéressant à la dimension sociale de la santé ; elle conquiert un rôle social nouveau, qui passe de l'individuel au collectif. Enfin, comme la plupart des spécialités cliniques créées à partir des années 1940 (Pinell 2005), la spécialité médicale de santé publique est institutionnalisée avec la création d'une formation spécifique à ce domaine mise en place par l'État : la filière de santé publique du troisième cycle des études médicales. En effet, malgré l'existence d'une formation universitaire portant sur la santé publique - le CES de médecine préventive, santé publique et hygiène - la santé publique n'est pas identifiée comme spécialité médicale avant l'apparition de la filière. Les médecins spécialistes de santé publique sont issus d'autres spécialités, cliniques et le plus souvent populationnelles (gériatrie, pédiatrie, ...). La légitimation de la santé publique comme spécialité médicale se fait donc par l'intermédiaire de l'État et de la loi. Pourtant, dans les

processus de création décrits par Patrice Pinell, avant d'être reconnues officiellement par l'État, les spécialités cliniques ont déjà atteint un certain niveau d'organisation par l'existence d'institutions comme des services hospitaliers, revues scientifiques ou sociétés savantes. Au moment de la création de la filière, la santé publique ne semble pas être un espace médical très organisé. En effet, chacune des disciplines contribuant à la filière de santé publique a sa propre organisation. L'hygiène est pratiquée par des médecins hospitalo-universitaires regroupés au sein d'un CSU dans les services d'hygiène hospitalière (cf. III. A. 1. i. b). L'épidémiologie se concentre dans les unités de recherche de l'Inserm et prend pour revue scientifique la revue d'épidémiologie, de médecine sociale et de santé publique (cf. III. A. 2. ii). Et de nouveaux services de santé publique en construction orientent leurs pratiques sur des approches très différentes, pratiques ou scientifiques, comme la santé communautaire ou l'informatique médicale... (cf. III. A. 2. i ; III. A. 2. iii) Il n'existe pas d'organisation de la santé publique médicale sous forme d'institution, de revue scientifique ou de société savante unique comme pour les autres spécialités cliniques légitimées par l'État (*Ibid.*). La création, par le biais législatif et administratif, d'une filière de santé publique dans un domaine peu organisé explique peut-être les difficultés de sa mise en place notamment dans la construction des enseignements (nombre de modules très restreint par rapport au nombre prévu initialement, premiers internes de santé publique forcés d'emprunter d'autres voies de formation que le DES...). L'instabilité de la filière à sa mise en place peut expliquer la tendance quasi systématique et opportuniste des médecins de santé publique à se tourner vers une discipline mieux structurée au moment de l'arrivée des premiers internes de santé publique : l'épidémiologie.

UNE FILIERE TRES LIEE AU POLITIQUE

La filière de santé publique est créée grâce à une forte impulsion politique. Même si quelques acteurs, du champ médical ou administratif, ont œuvré pour permettre la mise en place de la filière, il semble que ce soit principalement parce que le gouvernement en place porte certaines ambitions sur ce sujet, avec des ministres socialiste et communiste à l'éducation nationale et à la santé, que la filière a pu voir le jour. En effet, il apparaît que les acteurs de la création de la filière ont su saisir l'opportunité d'un changement de bord politique à l'Élysée pour appuyer leur plaidoyer. Certains grâce à leur influence auprès du parti socialiste comme François Grémy, « étiqueté chrétien de gauche » selon les mots d'un des enquêtés, ou Jean-Claude Henrard proche de cercles de réflexion de gauche tel que « santé et socialisme ». Ces médecins sont allés chercher l'appui mais aussi l'autorité de l'État pour construire un nouvel espace médical en santé publique par le biais de la formation : participation stratégique au groupe de travail de Maxime Seligmann sur la réforme du 3^{ème} cycle ; et de la création de postes hospitalo-universitaires : plaidoyers insistants de François Grémy et de Jacques Monnier auprès de l'administration. On observe une synergie des intérêts entre les membres de l'administration et les médecins porteurs de la création de la filière : d'une part les médecins se servent de l'affichage politique de l'époque qui souhaite développer la santé publique et, d'autre part, l'administration met à contribution les médecins pour opérationnaliser cette volonté politique. C'est également un choix politique qui intégrera la formation en santé publique au sein de la médecine, notamment pour rendre acceptable ce nouveau champ d'expertise par les CHU. Cette place du politique dans la légitimation de la spécialité médicale de santé publique en fait un cas particulier par rapport aux autres spécialités médicales. Ce procédé peut être la simple traduction d'une proximité de la santé publique avec le politique par l'implication dans l'action publique. Il peut aussi illustrer la

difficulté de mettre en place une formation de santé publique en médecine qui oblige les acteurs à utiliser un levier politique pour l'imposer aux facultés et hôpitaux. Cette proximité de la filière avec le politique en fait sa force mais aussi sa faiblesse, notamment dans les interactions entre médecins de santé publique et des autres spécialités médicales. Cela mériterait une étude approfondie pour cerner en profondeur les enjeux correspondants.

La création de la filière de santé publique s'étant faite au moment de l'alternance, avant la cohabitation, faisant dire aux interviewés que la santé publique est « de gauche ». Néanmoins, il paraît important d'apporter une certaine nuance à ces propos. Le parti socialiste a fait du développement de la santé publique une promesse de campagne mais d'autres partis politiques auraient pu inclure cette même mesure avec des approches différentes. Il semble à travers les entretiens menés que la création d'une filière de santé publique résulte davantage de l'importation de modèles développés à l'étranger plutôt que d'une idée portée par un parti politique.

DES ACTEURS INEGALEMENT MOBILISES

La mise en place de la filière de santé publique va mobiliser certains enseignements déjà existants ou en cours de construction. Le partage des enseignements d'épidémiologie avec l'Inserm met en lumière des intérêts croisés : d'un côté les hospitalo-universitaires, peu nombreux, peuvent déléguer une partie de l'enseignement dont ils sont responsables et d'un autre côté, les épidémiologistes de l'Inserm dont la discipline est naissante acquièrent une légitimité dans l'espace de santé publique (Griset et al. 2020).

En revanche, d'autres disciplines comme l'économie ou la sociologie de la santé n'ont pas été mobilisées à la même mesure que l'épidémiologie. D'après les entretiens, la sociologie de la santé n'a pas pu apporter un enseignement complet aux internes de santé publique mais a dû

se contenter de quelques heures de formation pour leur transmettre quelques clefs de compréhension des méthodes mobilisées en sociologie. Tandis que l'économie de la santé, si elle est évoquée dans le cadre de travaux communs, n'est même pas mentionnée par les interviewés dans la formation des internes. Ces disciplines ont initialement créé des liens balbutiants avec la formation médicale de santé publique qui n'ont pas abouti à une réelle intégration comme c'est le cas pour l'épidémiologie. L'éloignement épistémologique de ces disciplines avec la médecine peut expliquer cette difficulté. Néanmoins, il apparaît également que ces disciplines ne souhaitent pas s'intégrer pleinement à la formation médicale. En effet, la sociologie de la santé, qui se structure au début des années 1980 grâce à un ancrage disciplinaire et une reconnaissance académique, a cherché à s'autonomiser et se protéger de l'influence de la pensée médicale (Herzlich et Pierret 2010). L'économie de la santé de son côté se construit autour de la rationalisation des choix budgétaires et développe des instances académiques dans les facultés de médecine à partir des années 1970. Dans les années 1980, l'économie de la santé se rapproche des projets politiques et favorise ainsi son autonomie, notamment par rapport au champ médical (Benamouzig 2000). De par leurs processus de constructions, ces deux disciplines vont chercher à s'autonomiser et, souhaitant se maintenir à distance du monde médical, ne vont pas chercher à s'introduire dans la formation des médecins de santé publique.

L'ENSP a également été tenue à l'écart de la formation universitaire en santé publique. Bien que la volonté d'intégrer l'école de Rennes à la formation des internes de santé publique soit plusieurs fois exprimée lors de la construction de la filière, cette dernière ne sera pas mobilisée. La faible considération dont jouissent les médecins travaillant dans l'administration de la part des autres médecins peut expliquer que les hospitalo-universitaires ne se soient pas rapprochés de l'ENSP pour construire les enseignements de la filière de santé publique.

L'incompréhension entre ces deux milieux, école d'administration publique et collège hospitalo-universitaire, parfois à l'origine de mésententes, a mené à la sectorisation de ces deux espaces de formation en santé publique. Aujourd'hui, quelques liens existent entre l'EHESP et la formation hospitalo-universitaire de santé publique, notamment par le biais d'anciens internes formés par l'école de Rennes pour être médecins inspecteurs de santé publique (MISP, actuels MIS). Et depuis peu, la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales de 2017 prévoit une option « administration de la santé » effectuée sur un an à l'EHESP (école des hautes études en santé publique) pour les internes de santé publique choisissant une sur-spécialisation. La mise en place de cette option est longue et difficile et ne permet pas, à ce jour, d'accéder pour les internes de santé publique aux autres formations de l'EHESP. Le cloisonnement entre les formations administratives et hospitalo-universitaires de santé publique se maintient en pratique, malgré les volontés affichées de rapprochement.

Bien que les acteurs de la santé publique n'aient pas tous été mobilisés de la même façon, les initiateurs de la filière ont associé à leurs travaux, dès le début et jusqu'à la construction des DES, des acteurs qui n'étaient pas issus du domaine médical. Des non-médecins, ayant une pratique reconnue comme contribuant à la santé publique, se sont retrouvés dans les groupes de travail et ont participé aux enseignements. Daniel Schwartz en est un bon exemple, mais également Claudine Herzlich pour la sociologie de la santé, Marc Danzon pour l'éducation à la santé. La participation des non-médecins dans la construction de la filière est importante à relever, même si elle ne semble pas avoir permis une ouverture du milieu médical à la pluridisciplinarité de la santé publique, ouverture restée hétérogène selon les disciplines.

UNE PLURALITE DE PROFILS QUI S'OPPOSE A L'UNICITE DE LA FORMATION

Le principal opposant à la filière est le Conseil d'État. Ce dernier, dans son avis relatif au projet de loi relatif à la réforme du troisième cycle des études médicales du 12 juillet 1982, propose

la suppression de cette formation spécifique et son remplacement par un enseignement dirigé vers les médecins généralistes ou spécialistes qui souhaitent exercer en médecine préventive ou sociale (PMI, santé scolaire...). La grande diversité des profils de médecins issus de la filière de santé publique pose problème au Conseil d'État qui juge difficile la construction d'une formation unique pour l'ensemble de ces profils.

L'idée d'un statut unique de médecin de santé publique est alors évoquée par l'administration. Pourtant, au moment de la construction de la formation, deux DES distincts sont imaginés, l'un pour former les médecins conseils (DES de sécurité sociale) et l'autre pour former les médecins inspecteurs (DES d'action sanitaire et sociale). Cette distinction donne l'impression que chaque administration veut former « ses » médecins de santé publique et qu'un statut unique, s'il est une volonté affichée par l'administration, n'est pas réellement envisagé.

Dès la création se pose donc la question de la multiplicité des profils des médecins de santé publique par rapport à leur identité. Unifier la formation n'a pas mené à unifier les espaces de pratique du médecin de santé publique et le statut unique, bien que souvent évoqué, ne semble pas non plus être la solution. Finalement, vouloir une formation – comme un statut – unique ne semble pas garantir un décloisonnement des pratiques et enseignements. La création de la filière montre bien que la volonté d'un métier unique qui valoriserait et stabiliserait les missions des médecins de santé publique se heurte à la diversité de leurs pratiques.

UN ECART IMPORTANT ENTRE LES AMBITIONS INITIALES ET LA REALITE DE LA MISE EN PLACE

Dès la construction des enseignements de la filière, l'écart entre l'ambition formulée par les acteurs de la création de la filière et la réalité du rôle donné aux médecins de santé publique est pressenti. Cet écart est retrouvé dans la formation construite d'une part mais aussi, dans

la place que prendront les médecins de santé publique issus de la filière dans le système de santé.

Les enseignements initialement prévus, très variés et complets, faisant appel à de nombreuses disciplines contribuant à la santé publique, seront finalement très réduits et la filière n'apportera que quelques regards disciplinaires, principalement en épidémiologie, aux internes qui devront effectuer d'autres formations pour acquérir des compétences diversifiées en santé publique (cf. III. C. 4. iii). Cette réduction importante de l'enseignement théorique s'explique probablement en partie par le manque de moyens humains pour former les premiers internes localement et comme évoqué précédemment, du fait des mécanismes de construction de chaque discipline. Lors de la création de la filière, les médecins hospitalo-universitaires de santé publique sont peu nombreux et principalement tournés vers l'hygiène tandis que l'épidémiologie et ses effectifs de chercheurs sont en plein essor. Concernant la formation pratique, la socialisation des internes dans des lieux de stage extra-hospitaliers fait partie des arguments affichés par le gouvernement pour justifier la création d'une filière dédiée à la santé publique. Dans les faits, ces stages, pour des problèmes de financement, mettront beaucoup de temps à voir le jour. Même si aujourd'hui la part des stages extra-hospitaliers est plus importante – avec tout de même de fortes disparités géographiques – la formation pratique reste centrée sur l'hôpital avec l'obligation pour un interne de santé publique de passer en CHU au début de son internat. On observe donc un décalage important entre le contenu initialement prévu pour la filière, multidisciplinaire et hors de l'hôpital, et la formation effective mise en place.

Concernant les débouchés de la spécialité médicale de santé publique, ils ne couvrent pas l'ensemble de l'espace pratique de la santé publique. Si des disciplines se sont renforcées avec

l'arrivée de la filière, comme l'épidémiologie ou l'informatique médicale, d'autres espaces de pratique restent inoccupés par les médecins de santé publique comme la santé communautaire. Selon l'étude du CliSP sur le devenir des anciens internes de santé publique (Guerra et Dugué 2019), cette répartition se retrouve encore aujourd'hui avec plus de la moitié des médecins de santé publique exerçant leur activité en épidémiologie, recherche clinique, biostatistique (36,5 %) ou en information médicale (18,5 %). Seuls 5 % des anciens internes de santé publique travaillent dans le domaine de la prévention et promotion de la santé. La santé communautaire, en tant que telle, n'est pas citée dans l'enquête.

Concernant les structures de santé publique occupées par les médecins de santé publique, l'enquête du CliSP retrouve plus de la moitié des anciens internes en établissement public de santé (56,1 %) (*Ibid.*). En revanche, les médecins de santé publique sont peu présents dans les collectivités territoriales (2 %) ou dans les organismes de sécurité sociale (1 %) (*Ibid.*).

Lors de la création de la filière de santé publique, les débouchés envisagés par les acteurs s'orientaient plus vers la médecine scolaire, les médecins de PMI, les médecins conseil de l'Assurance Maladie ou les médecins de l'administration publique ; débouchés qui ne sont pas retrouvés dans les orientations principales actuelles des anciens internes de santé publique. L'orientation vers l'épidémiologie et la recherche clinique en milieu hospitalier, très présente dans les débouchés actuels (*Ibid.*), n'était même pas envisagée par les créateurs de la filière. Les nouveaux médecins de santé publique vont finalement s'intégrer dans le système de santé par le savoir technique qu'ils vont mobiliser (épidémiologie, biostatistique, informatique médicale), en s'associant aux autres spécialités hospitalières et à l'administration (DIM), mais resteront à l'écart des enjeux stratégiques (politiques de santé, transformation du système de santé, prévention). Selon Olivier Baly et Bruna Alves cet espace de pratique fait des médecins

de santé publique des « professionnels intégrés » dans l'organisation du système de santé et non des métiers internes à cette organisation. L'espace de pratique permettant de considérer les médecins de santé publique comme des métiers internes à l'organisation correspond à celui de gestionnaire du système de santé, intervenant de la conception à l'évaluation des politiques de santé, et ne représente que 15 % des médecins de santé publique (Baly et al. 2016). L'approche de santé communautaire, si elle est développée par plusieurs acteurs de la création de la filière, ne semble pas trouver sa place dans l'espace de pratique des anciens internes de santé publique. Si l'ancrage de la filière dans un espace médical, hospitalier et quantitatif, est probablement en cause, le déclin de cette approche est aussi lié à la culture de santé publique en France. En effet, alors que d'autres pays développent la santé communautaire dès le milieu des années 1960, la France affiche son désintérêt pour cette approche et centre sa politique de santé sur l'approche bio-médicale et le système de soins (Le Pennec 2017).

De ce hiatus entre l'ambition initiale et la réalité observée, tant au niveau de la formation que des débouchés, découle l'inadéquation de la place prise par les médecins de santé publique avec le rôle qui leur était envisagé au moment de la création de la filière. En effet, le rôle du médecin de santé publique identifié au départ comme participant à la médecine préventive et sociale, mettant en place des actions de terrain et développant la recherche en santé publique, se retrouve peu dans le profil du médecin de santé publique issu de la filière ou du DES. Lors des premières réflexions autour de la filière, dans le rapport Seligmann, le médecin de santé publique est défini comme un professionnel s'intéressant à des groupes de personnes dont il détermine et traite les problèmes de santé ; il s'attache à améliorer le fonctionnement des institutions sanitaires et à mettre en place des programmes de santé. Pour les initiateurs de la filière, le médecin de santé publique à une activité « communautaire

et panoramique »¹ sur les problèmes de santé. Or, l'activité du médecin de santé publique d'aujourd'hui ne semble pas répondre à ces trois objectifs. Certains médecins de santé publique, tournés vers l'épidémiologie et les biostatistiques, répondent au premier objectif en s'intéressant à des groupes de personnes ; d'autres, exerçant dans les administrations et en information médicale, vont suivre le deuxième objectif en participant à l'amélioration du fonctionnement des institutions sanitaires ; tandis, qu'enfin, quelques médecins de santé publique, plus opérationnels, vont mener des actions de santé publique sur les territoires. Finalement, c'est la diversité des profils des médecins de santé publique qui va permettre de répondre aux objectifs énoncés dans le rapport Seligmann. Un médecin de santé publique, à lui seul, paraît trop orienté vers une discipline ou une approche pratique de la santé publique pour répondre à l'ensemble des objectifs que s'étaient fixés les initiateurs de la filière.

Après le rapport Seligmann vient le moment de la construction de la réforme des études médicales et de la justification d'une filière dédiée à la santé publique. Cette filière doit répondre à trois problématiques : définir clairement les postes et missions des futurs médecins de santé publique, réorganiser la formation pour l'unifier et faire quitter l'hôpital aux actions de santé publique qui doivent s'insérer à la vie de la cité². Il paraît difficile d'affirmer que la filière, puis l'internat de santé publique, aient répondu à ces objectifs. Tout au long de la création de la filière, du rapport Seligmann aux réunions de construction des DES, les missions et « la finalité » des médecins de santé publique sont sans cesse remis en question et rediscutés. Aujourd'hui encore le rôle des médecins de santé publique reste flou et chacun tente de répondre à l'idée qu'il se fait de la santé publique dans son exercice

¹ Rapport « propositions pour la réforme des études médicales », dit « rapport Seligmann », décembre 1981

² Projet de loi relatif aux études médicales et pharmaceutiques, exposé des motifs, 2 août 1982, archives nationales

professionnel. Pour ce qui est de l'unicité de la formation, bien qu'une seule et même filière soit créée, les enseignements au sein des DES restent très cloisonnés et inégaux entre les disciplines. Enfin, l'activité hospitalière et hospitalo-universitaire est encore très présente dans la profession et, bien qu'il existe des mobilisations en dehors de l'hôpital, on ne peut pas vraiment dire que les actions de santé publique ont quitté l'hôpital grâce aux médecins de santé publique.

La « finalité » du médecin de santé publique est questionnée très tardivement dans le processus de création de la filière. La DGS reprend ce questionnement en décembre 1983 lors de la construction des enseignements. C'est une fois que la filière est créée que se pose réellement la question de sa plus-value attendue. L'interrogation des besoins se fait à ce moment-là. Même si la DGS insiste sur l'importance de construire une profession en fonction des besoins et non d'une « logique juridico-administrative », il ne semble pas que le métier de médecin de santé publique ait été construit en fonction de besoins préalablement identifiés. La construction de la profession à partir des années 1990 donne plutôt l'impression d'une logique opportuniste d'engouffrement dans des espaces de pratiques disponibles tels que l'épidémiologie ou l'information médicale. La réflexion, insuffisamment approfondie et imprécise, qui a mené à évoquer des débouchés sans en définir l'accès participe à la difficulté identitaire de cette spécialité.

Les besoins en médecine préventive et sociale, qui ont justifié la création de la filière, n'ont donc pas été satisfaits par l'arrivée des nouveaux médecins de santé publique. C'est aux besoins en recherche médicale que les anciens internes de santé publique ont répondu. Or ces besoins, en 1980, légitimaient la création de la filière recherche. La disparition de cette filière quelques années seulement après sa création peut probablement s'expliquer par la

mainmise de la médecine de santé publique sur une partie de la recherche médicale (celle concernant les déterminants de santé et certains types d'évaluation), tandis que les spécialités cliniques gardaient la main sur la recherche clinique et les disciplines en lien avec la biologique (pharmacologie clinique).

L'écart entre le rôle pensé lors de la création de la filière et la place prise depuis 30 ans par les médecins de santé publique est donc indéniable. Cette déviation pourrait s'expliquer par plusieurs éléments intrinsèques à la filière : ancrage de la filière dans le monde hospitalier et hospitalo-universitaire où seules quelques missions s'exercent sans approche multidisciplinaire, construction des enseignements avec des moyens humains réduits et très orientés vers l'épidémiologie et l'informatique médicale, difficulté de mise en place de stages pratiques hors de l'hôpital... ; mais aussi extérieurs comme l'absence d'évolution des statuts de médecins de santé publique dans l'administration ou le développement important de la recherche biomédicale et notamment de l'épidémiologie au moment de l'apparition de la spécialité médicale de santé publique. L'ambition formulée au départ concernant le rôle du médecin de santé publique se rapproche davantage d'une forme d'idéologie de la pratique médicale de la santé publique. Elle se heurte, dès sa création, à la complexité propre au domaine de la santé publique : une approche multidisciplinaire s'intégrant dans un modèle d'organisation de la profession médicale historiquement fondée sur son autonomie rendant difficile la participation d'autres acteurs. Le rôle du médecin de santé publique semble être défini en théorie mais la place de la profession dans le système de santé en fonction de besoins préalablement identifiés n'est pas étudiée. Ceci participe à la difficulté de positionnement du médecin de santé publique et à l'orientation opportuniste de ces profils vers des disciplines se rapprochant plus de l'exercice médical pour assoir leur légitimité dans leur environnement professionnel. De plus, prendre en compte les espaces de pratiques dans lesquelles allaient

s'inscrire les médecins de santé publique aurait pu permettre un meilleur portage de la nouvelle logique institutionnelle voulue par le gouvernement en place à savoir l'intégration de la santé publique dans le milieu politique et le déploiement de professionnels capables de répondre aux enjeux stratégiques (Baly et al. 2016).

QUESTIONNER LA LEGITIMITE D'UNE SPECIALITE MEDICALE DE SANTE PUBLIQUE

La spécialité médicale de santé publique reste fragile malgré la création d'une filière officielle dans l'internat. Dès le retour de la droite au gouvernement, l'existence de la filière sera plusieurs fois remise en question et menacée de suppression. Les acteurs de la création de la filière vont devoir recommencer leur plaidoyer pour maintenir la santé publique dans le troisième cycle des études médicales. Les associations d'internes de santé publique créées localement (SPI – association des internes de santé publique parisiens, ISPO – syndicat des internes de santé publique de l'ouest, ISP SUD – association des internes de santé publique du sud) et au niveau national (CliSP – Collège de liaison des internes de santé publique) vont également agir pour garder une formation spécialisée en santé publique. La menace de disparition de la filière va conforter ces associations dans leur rôle de représentation des internes de santé publique et de plaidoyer pour la spécialité.

Participant à la fragilité de positionnement de la filière, la légitimité de la santé publique comme spécialité médicale est souvent questionnée, tant par les médecins de santé publique eux-mêmes que par d'autres professionnels. En effet, les médecins, proches du soin et de la pathologie, ne sont pas forcément les plus aptes à avoir une vision globale sur la santé et prendre en compte l'ensemble de ses déterminants. Encore aujourd'hui l'approche très médicale de la santé publique est mise en cause. Dominique Costagliola, médecin épidémiologiste à l'Inserm dès le début des années 1980, fait mention de cette problématique dans son audition à la commission d'enquête du Sénat concernant la gestion de la crise

sanitaire liée à la covid-19 : [la santé publique] « n'est qu'une sous-discipline de la médecine alors que, bien entendu, pour faire de la bonne santé publique il faut aussi des gens de sciences sociales, il faut aussi des gens de marketing, il faut aussi des gens qui font de l'opérationnel sur le terrain, il faut aussi travailler avec les populations concernées, avec les autorités sur le terrain, les mairies. [...] C'est une culture qui est totalement absente en France. Donc il y a matière à faire du développement sur la santé publique et peut être pas en en faisant une discipline médicale mais une discipline scientifique dans laquelle on associerait l'ensemble des disciplines, dans laquelle on formerait des gens qui sont compétents sur ça, parce qu'on a un vrai retard par rapport à beaucoup de pays dans le monde »¹.

Certains interviewés ont évoqué la volonté initiale de créer des instituts de santé publique où la formation et la pratique de la santé publique serait pluridisciplinaire. Si, à la place de ces instituts, l'internat de médecine reste une des voies principales pour la formation en santé publique il n'empêche pas le développement de lieux de pratique d'une santé publique davantage pluridisciplinaire. Les interviewés, principalement parisiens, évoquent la maîtrise de santé publique du Kremlin Bicêtre créée par Alfred Spira. L'institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED) créé à Bordeaux à la fin des années 1990 par Roger Salamon est également un exemple de pluridisciplinarité, associant universitaires, non-universitaires, médecins et non-médecins autour de l'enseignement et de la recherche en santé publique.

L'intégration de la filière, dès sa création, dans l'espace médical et plus particulièrement hospitalier et hospitalo-universitaire est responsable de la prééminence de l'hôpital dans les

¹ Dominique Costagliola, audition au Sénat du 15 septembre 2020 dans le cadre de la commission d'enquête pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion

lieux d'activité des médecins de santé publique. Les médecins de santé publique issus de la filière et du DES se sont emparés d'un espace qui n'était pas identifié au moment de leur apparition. Malgré cet ancrage hospitalier, les médecins de santé publique issus de la filière puis du DES vont s'éloigner progressivement de la médecine clinique. Aujourd'hui, moins de 10 % des anciens internes de santé publique ont une activité clinique (Guerra et Dugué 2019). Le médecin de santé publique est une des rares professions médicales à ne pas exercer une activité clinique. Paradoxalement, sa fonction hospitalière, construite autour des besoins hospitaliers en recherche et information médicale, a participé à son éloignement de la clinique. De plus, le milieu hospitalo-universitaire de la santé publique va être modifié avec l'apparition de nouveaux médecins de santé publique formés par une filière spécifique. Si, avant la création de la filière, les professeurs de santé publique étaient issus de spécialités médicales cliniques, le plus souvent « populationnelles », aujourd'hui, les hospitalo-universitaires de santé publique sont de plus en plus issus du DES de santé publique. Le fonctionnement hospitalo-universitaire va participer à façonner la santé publique. Si certaines disciplines sont bien mises en avant par les facultés, d'autres seront décrédibilisées. Alors, pour exister dans le milieu hospitalo-universitaire, les médecins de santé publique devront choisir les disciplines « reconnues » comme l'épidémiologie ou l'informatique médicale. François Grémy présentait déjà la menace du mode de fonctionnement des facultés sur la construction de l'espace médical de la santé publique. En novembre 1983, il avertit le conseiller du ministre de l'éducation nationale sur ce point en demandant un « contre-pouvoir fort au pouvoir des facultés » pour faire rentrer la « dimension santé publique » par la « grande porte ». Il évoque l'hostilité des commissions médicales d'établissement pour la santé publique et demande au ministère d'appuyer fortement cette spécialité par la création « autoritaire » de postes hospitalo-universitaires de santé publique. Illustration de la difficulté

à obtenir des postes de santé publique à l'hôpital, ces échanges annoncent les négociations ultérieures et la nécessité pour les médecins de santé publique de se rendre utiles pour l'hôpital, les menant à développer des disciplines tournées vers les besoins hospitaliers.

La santé publique, ne répondant pas aux schémas de la médecine classique, a été intégrée au milieu hospitalo-universitaire tout en s'éloignant de la pratique médicale. Robert Debré, revenant sur sa réforme lors d'un discours à Rennes en 1973, souhaitait aller plus loin dans l'intégration de la santé publique à l'hôpital. Il estime que la santé publique aurait dû être insérée à la médecine clinique comme l'ont été la biologie et les examens complémentaires (Couty et al. 1996). Pour lui, la médecine comporte la clinique, qui étudie le corps et l'esprit, la biologie, pour mieux comprendre le fonctionnement du corps, et la santé publique qui s'attache au comportement de l'individu vis-à-vis de la société. Il juge sa réforme « incomplète » et invite les médecins de santé publique à mener la « révolution » pour intégrer la santé publique à la médecine. Pour Robert Debré, la santé publique ne fait donc pas partie de la médecine, malgré l'existence des services hospitaliers de santé publique. Pour intégrer la santé publique à la médecine, un plaidoyer doit selon lui être organisé par les médecins de santé publique auprès des politiques mais aussi, « et surtout », auprès des médecins et que les médecins de santé publique s'associent aux autres professionnels de santé publique. Selon R. Debré, pour que la santé publique puisse entrer à l'hôpital, il faut que celui-ci devienne un lieu de santé et non de soins, un « lieu de surveillance, de conseil, de prévention... ». Pour lui, l'hôpital doit rester au centre du système de santé et la santé publique doit entrer à l'hôpital plutôt que se construire à l'extérieur, pour en faire un lieu de prévention et de surveillance, un « hôpital centre de santé porte ouverte ».

Le domaine de la santé publique, critiqué pour son approche trop médicale par certains et trop éloignée de l'hôpital pour d'autres, a donc du mal à se positionner comme champ disciplinaire et espace de pratique cohérent.

UNE VALORISATION INCOMPLETE DE LA SANTE PUBLIQUE EN MEDECINE

Dès l'arrivée des nouveaux médecins de santé publique à l'hôpital, les tâches qui leur sont confiées sont celles que les autres médecins ne souhaitaient pas remplir. Selon un enquêté, « *l'hôpital cherchait dans la santé publique des gens qui faisaient un boulot qu'ils ne voulaient pas faire* ». Le sociologue Hughes documente cette division du travail et parle de délégation du « sale boulot » (Lhuillier 2005). Selon lui, l'apparition d'un nouveau sous-groupe professionnel entraîne une délégation du sale boulot du groupe principal vers le groupe qui se crée. Ainsi les médecins de santé publique, nouvellement introduits parmi les médecins hospitaliers, récupèrent les « tâches ingrates » que ces derniers souhaitent ne plus exercer, comme le travail de codification de l'activité dans les DIM, ou le travail méthodologique au service de la recherche clinique pilotée par les cliniciens (*Ibid.*).

Pour permettre aux médecins de santé publique de participer à la médecine préventive et sociale, comme prévu initialement, il faudrait rendre prestigieuse la santé publique par l'enseignement et l'action de terrain. Pour cela, Robert Debré, lors d'un discours à l'ENSP en 1973, propose de donner aux médecins de santé publique une double fonction : « celle de responsables de la santé publique sur le terrain et celle de l'enseignement de l'éducation en santé publique dans les centres hospitaliers universitaires ». Pour lui, un médecin de santé publique doit être affilié au CHU pour sa fonction universitaire et conseiller des acteurs politiques comme les préfets pour sa fonction « hospitalière » (Couty et al. 1996).

Cette faible valorisation d'une spécialité médicale rapproche la santé publique de la médecine générale. En effet, la loi de décembre 1982 vise particulièrement à revaloriser la médecine générale et donner une place plus significative à la santé publique, la recherche et la biologie. Cette revalorisation de la santé publique, comme de la médecine générale, a toujours, et est encore aujourd'hui, source de débats et un enjeu de luttes (Bloy et Schweyer 2010; Baszanger, Bungener et Paillet 2002).

Enfin, bien que des réflexions aient eu lieu pour mettre en avant le médecin de santé publique au sein des administrations, ce dernier y reste peu valorisé. Deux DES avaient initialement été imaginés pour permettre aux internes de santé publique de rentrer dans l'administration publique de la santé (DES d'action sanitaire et sociale et DES de sécurité sociale). Ces DES ne verront finalement jamais le jour. Il ne semble pas y avoir de réelle volonté des institutions (assurance maladie et administration de la santé) de former et de recruter des médecins de santé publique. Pour justifier ce point, un interviewé fait mention des soucis de financement. Si les médecins de santé publique étaient mieux formés il faudrait mieux les payer ce qui ne serait pas selon lui dans l'intérêt de l'administration, qui ne s'impliqueraient donc pas réellement dans la mise en place de la filière et la construction de débouchés administratifs pour les internes de santé publique. Quelques années plus tard, le CliSP met en évidence ce manque d'engagement de l'administration¹ et attire l'attention des enseignants sur le risque de désintéressement des médecins de santé publique vis-à-vis de l'administration publique au profit du secteur privé. Finalement, même si beaucoup d'anciens internes de santé publique exercent dans le secteur privé aujourd'hui, cette crainte ne semble pas se retrouver à l'échelle

¹ Bulletin du CUESP n° 7, Mars 1990

de la profession : 15,8 % des anciens internes de santé publique exercent en administration publique tandis que seulement 6,5 % sont dans le secteur privé (Guerra et Dugué 2019).

Si la création de la filière permet de faire reconnaître la santé publique dans le milieu médical, ce domaine n'est pas vraiment valorisé à hauteur des ambitions formulées par les initiateurs de la filière.

V. Conclusion

La création de la filière de santé publique au début des années 1980 est justifiée principalement par la volonté de développer une formation en santé publique qui soit diversifiée et pluridisciplinaire, en partie inspirée des exemples étrangers. Cette volonté est retrouvée chez les acteurs de la santé publique qui souhaitent en développer la formation mais aussi dans l'administration qui espère, par l'arrivée de nouveaux médecins formés spécifiquement à ce domaine, améliorer ses politiques de santé publique et renforcer la médecine préventive. La formation médicale de santé publique était jugée trop faible et ne correspondait pas aux profils de médecins de santé publique que l'administration et les enseignants hospitalo-universitaires, œuvrant pour une pratique de la santé publique plus proche des exemples étrangers, souhaitaient développer. Suite à la découverte des expériences à l'étranger et la construction d'un plaidoyer par plusieurs enseignants en santé publique, la pratique médicale de la santé publique française se réorganise, passant d'un exercice essentiellement tourné vers l'hygiène hospitalière vers le développement de nouveaux domaines de pratique comme l'épidémiologie, la santé communautaire ou l'informatique médicale, et différents acteurs militent pour la création d'une formation en santé publique en médecine correspondant à cette réorganisation. C'est grâce à un tremplin politique, le changement de majorité en 1981, et au profit d'une nécessaire réforme des études médicales que la santé publique devient une spécialité, légitimée par l'État. Intégrée dans une réforme prônant « l'internat pour tous », la création de la filière fait officiellement de la santé publique une spécialité de l'internat de médecine. Les médecins de santé publique, auparavant issus d'autres spécialités cliniques, sont maintenant uniquement spécialisés en santé publique et leur formation est médicale. Une formation globale, pluridisciplinaire et sortant du seul milieu hospitalo-universitaire est imaginée. Malheureusement, les faibles

moyens humains et financiers disponibles, mais aussi les mésententes et jeux de pouvoir, ont empêché la mise en place de ce projet audacieux. Finalement, les profils des médecins de santé publique formés par la filière puis le DES de santé publique s'éloignent de la vision initiale des acteurs de la création de la filière. La création des DIM liée à l'avènement du PMSI et le développement de la recherche clinique permettent aux médecins hospitaliers de santé publique de trouver une légitimité et d'intégrer pleinement le fonctionnement hospitalier. Mais cette pratique est loin de celle, extra-hospitalière, à portée sociale et de nature pluridisciplinaire, imaginée par les créateurs de la filière. Le rôle du médecin de santé publique d'aujourd'hui ne semble pas correspondre aux motifs pour lesquels la formation a été créée. Les médecins spécialistes de santé publique répondent finalement à d'autres besoins, principalement ceux de l'hôpital et de la recherche biomédicale. Néanmoins la pratique des médecins de santé publique ne peut se résumer à ces seules activités. En effet, les profils des médecins de santé publique sont très variés. Et bien que rassemblés par une formation commune, les médecins de santé publique issus de l'internat ont des pratiques très diversifiées de la santé publique. La question de l'identité collective de notre spécialité, posée en amont de ce travail, reste donc encore ouverte.

Bibliographie insérée au texte

AGRINIER N., CANOÛI-POITRINE F., LASSET C., MONNET E., CAILLE A., TEZENAS DU MONTCEL S., COULEE M., KRABANSKY F., MOITRY M. et SATILMIS L., 2016, « Référentiel national des objectifs pédagogiques du DES de Santé Publique ».

ALBERTI Corinne, 2020, « L'Inserm, l'épidémiologie et l'orientation en santé publique », *Les Cahiers de l'Inserm*, janvier 2020, n° 1, (coll. « Histoire de l'épidémiologie. Enjeux passés, présents, futurs »).

ALVES DE REZENDE Bruna, 2010, *La formation des internes de santé publique en France*, Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Bordeaux 2 - Victor Segalen, Bordeaux, 102 p.

BALY Olivier, KLETZ Frédéric, SARDAS Jean-Claude et ALVES DE REZENDE Bruna, 2016, « Articuler les dynamiques professionnelles et institutionnelles : un nouveau défi des systèmes de santé ».

BASZANGER Isabelle, BUNGENER Martine et PAILLET Anne, 2002, *Quelle médecine voulons-nous ?*, La Dispute., Paris, France, la Dispute (coll. « Etat des lieux »), vol.1, 249 p.

BENAMOUGZIG Daniel, 2000, *Essor et développement de l'économie de la santé en France*, Thèse de doctorat en Sociologie, Paris 4, Paris.

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

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

BERLIVET Luc, 2008, « Between Expertise and Biomedicine: Public Health Research in France after the Second World War », *Medical History*, octobre 2008, vol. 52, n° 4, p. 471-492.

BLOY Géraldine et SCHWEYER François-Xavier, 2010, *Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESP., Paris, (coll. « Métiers Santé Social »), 424 p.

BOURDIEU Pierre, 1986, « L'illusion biographique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1986, vol. 62, n° 1, p. 69-72.

BOUVIER-COLLE M-H, JOUGLA E. et SCHWOEBEL V., 1995, « Enquête sur le devenir des internes de santé publique », *RESP-Informations*, 1995, n° 43, p. 385-391.

BRECHAT Pierre-Henri, SALINES Emmanuelle et SEGOUIN Christophe, 2016, *Médecins de santé publique*, Editions ENSP., Rennes, Editions ENSP (coll. « Hors collection »), 464 p.

CABOT Marion, 2013, *La démographie des médecins de santé publique et médecine sociale en France : état des lieux, évolutions récentes et prospective*, Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Tours - François Rabelais, Tours, 63 p.

COLLIN Johanne et SUISSA Amnon, 2007, « Les multiples facettes de la médicalisation du social », *Nouvelles pratiques sociales*, 2007, vol. 19, n° 2, p. 25-33.

COUTY (Edouard), COUTY (EDOUARD), JOHANNET (GILLES), BOURGUEIL (YANN) et BERAUD (C.), 1996, « La réforme Debré : un tiers de siècle après. », Caen.

FASSIN Didier, 2008, *Faire de la santé publique*, s.l., (coll. « Presses de l'EHESP »).

FASSIN Didier, 2004, « Santé publique, définition » dans *Dictionnaire de la pensée médicale*, Puf., Paris, (coll. « Dictionnaires Quadrige »), p. 1014-1018.

FOUCAULT Michel, 1977, « La naissance de la médecine sociale » dans *Dits Ecrits III*, Gallimard., Rio de Janeiro, p. 206-228.

GAY Renaud, ALDRIN Philippe, BARGEL Lucie, BUE Nicolas et PINA Christine, 2016, « L'hôpital face à l'alternance de 1981. Préparation, contestation et imprévisibilité d'un

changement politique », *Politiques de l'alternance. Sociologie des changements (de) politiques, Editions du Croquant*, avril 2016, (coll. « Politiques de l'alternance. »), p. 193-212.

GIRARD Jean-François, 2012, « Les trois âges de la santé publique en France », *Actualité et dossier en santé publique*, septembre 2012, n° 80.

GOTTOT S., BRODIN M., LOMBRAIL P., FOULON G., FONTAINE A., TOPUZ B., BABA-MOUSSA A. et COULAUD J.P., « Un enseignement de méthodes en santé communautaire ».

GREMY (f), GREMY (F.), PISSARRO (B.), BERNIS (G.) De et AL Et, 1982, *Proposition pour une politique de prévention : rapport rédigé, sur sa demande, à l'intention de Monsieur le Ministre de la santé.*, s.l.

GRISSET Pascal, LAZAR Philippe, ALBERTI Corinne, HARDY Anne, BERCHE Patrick, DUCIMETIERE Pierre, COSTE Joël, GIROUX Elodie, THOMAS Gaëtan, REY Grégoire, LURTON Grégoire et GOLDBERG Marcel, 2020, « Histoire de l'épidémiologie, enjeux passés, présents et futurs », *Les Cahiers de l'Inserm*, janvier 2020, n° 1, (coll. « Les Cahiers du Comité pour l'histoire_N1 »), p. 90.

GUERRA J. et DUGUE F., 2019, « La carrière des médecins spécialistes de santé publique et médecine sociale titulaires du diplôme d'études spécialisées », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, avril 2019, vol. 67, n° 2, p. 106-113.

HEINTZMANN F., VIDAL A., CHABOT J. M., BRODIN M., LOMBRAIL P. et GOTTOT S., 1986, « Interne en Santé Publique : qui suis-je ? », *Revue d'éducation médicale*, 1986, (coll. « Revue d'éducation médicale »), p. 11-16.

HENRARD Jean-Claude, 1990, « La Santé Publique, hier, aujourd'hui et demain ».

HERZLICH Claudine et PIERRET Janine, 2010, « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*,

21 avril 2010, Vol. 51, n° 1, p. 121-148.

INSTITUT THEOPHRASTE RENAUDOT, 1998, « Charte de promotion des pratiques de santé communautaire », 1998.

JOURDAN Didier, O'NEILL Michel, DUPERE Sophie et STIRLING Jorge, 2012, « Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? », *Sante Publique*, 12 juin 2012, Vol. 24, n° 2, p. 165-178.

LAZAR Philippe, 2020, « L'épidémiologie, la connaissance et l'action en santé publique », *Les Cahiers de l'Inserm*, janvier 2020, n° 1, (coll. « Histoire de l'épidémiologie. Enjeux passés, présents, futurs »), p. 9-12.

LE PENNEC A., 2017, *Jean-Pierre Deschamps: «Tout n'a pas commencé en 1986»*, <http://educationsante.be/article/jean-pierre-deschamps-tout-na-pas-commence-en-1986/> , avril 2017, consulté le 3 octobre 2020.

LE RAT Christophe, QUELIER Christine, JARNO Pascal et CHAPERON Jacques, 2010, « Approche socio-historique de la lutte contre les infections nosocomiales en France », *Santé Publique*, 2010, vol. 22, n° 4, p. 367-378.

LHUILIER Dominique, 2005, « Le « sale boulot » », *Travailler*, 2005, n° 14, n° 2, p. 73-98.

MAISONNET Maurice, EVREUX Robert et MAISONNET Jeannine, 1966, *Hygiène*, Lamarre-Poinat., s.l.

MURARD Leon, 2016, « Les médecins de santé publique en France (1889 - 1945) » dans *Médecins de santé publique*, s.l., Presse de l'EHESP.

MURARD Leon et ZYLBERMAN Patrick, 1998a, « L'hygiène dans la République. La santé publique ou l'utopie contrariée, 1870-1918 », *Sciences Sociales et Santé*, 1998, vol. 16, n° 1, p. 135-138.

MURARD Leon et ZYLBERMAN Patrick, 1998b, « L'hygiène dans la République. La santé publique ou l'utopie contrariée, 1870-1918 », *Sciences Sociales et Santé*, 1998, vol. 16, n° 1, p. 135-138.

PICARD J-F et VIET V, *Jalons pour une histoire de la santé publique en France du XIXème siècle à nos jours*, http://histrecmed.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=282&Itemid=240, consulté le 15 juillet 2019.

PINELL Patrice, 2005, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005, n° 156-157, n° 1, p. 4-36.

PINELL Patrice, 2004, « Spécialisation, définition » dans *Dictionnaire de la pensée médicale*, Puf., Paris, France, (coll. « Dictionnaires Quadrige »), p. 1063-1069.

RAIMONDEAU Jacques et BRECHAT Pierre-Henri, 2002, « 100 ans d'une histoire des médecins inspecteurs de santé publique », *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 2002, n° 41, p. 5.

ROSEN George, 1944, *The Specialization of Medicine with Particular Reference to Ophthalmology*, New York, Froben Press, 94 p.

TABUTEAU Didier et MORELLE Aquilino, 2017, *La santé publique*, Puf., Paris, (coll. « Que sais-je ? »), vol.3, 128 p.

THIAUDIERE Claude, 2004, « La protection maternelle et infantile : politique de santé publique et spécialisation médicale », *Regards sociologiques*, 2004, n° 29, p. 23-34.

WINSLOW C.-E. A., 1920, « The Untilled Fields of Public Health », *Science*, 9 janvier 1920, vol. 51, n° 1306, p. 23-33.

Réforme du 3° cycle, <http://clisp.fr/2017/08/28/reforme-du-3-cycle/>, 28 août 2017, consulté le

1 septembre 2020.

L'institut national d'hygiène / De l'INH à l'Inserm, <https://histoire.inserm.fr/de-l-inh-a-l-inserm/1-institut-national-d-hygiene>, consulté le 5 août 2020.

Centre Inserm Le Vésinet, <https://histoire.inserm.fr/les-lieux/centre-inserm-le-vesinet>, consulté le 5 août 2020.

François Grémy / Histoire de l'Inserm, [https://histoire.inserm.fr/les-femmes-et-les-hommes/francois-gremy/\(page\)/2](https://histoire.inserm.fr/les-femmes-et-les-hommes/francois-gremy/(page)/2), consulté le 7 août 2020.

Marcel Goldberg / Histoire de l'Inserm, [https://histoire.inserm.fr/les-femmes-et-les-hommes/marcel-goldberg/\(page\)/2](https://histoire.inserm.fr/les-femmes-et-les-hommes/marcel-goldberg/(page)/2), consulté le 7 août 2020.

Roger Salamon / Histoire de l'Inserm, [https://histoire.inserm.fr/les-femmes-et-les-hommes/roger-salamon/\(page\)/2](https://histoire.inserm.fr/les-femmes-et-les-hommes/roger-salamon/(page)/2), consulté le 7 août 2020.