

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2013

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

Par

Marion CABOT
Née le 2 décembre 1983 à Rouen

Présentée et soutenue publiquement le 29 novembre 2013

**La démographie des médecins de santé publique et médecine sociale en France :
Etat des lieux, évolutions récentes et prospective**

Jury

Président de Jury : **Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH**
Membres du jury : **Monsieur le Professeur Pierre CZERNICHOW**
Monsieur le Professeur Laurent MEREGHETTI
Monsieur le Docteur Philippe BERTRAND

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESEURS

Professeur Daniel ALISON, Moyens
Professeur Christian ANDRES, Recherche
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P. BARDOS - J. BARSOTTI
A. BENATRE - Ch. BERGER – J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC
– J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.
METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.
RAYNAUD – J.C. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.
SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM. ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M. BARON Christophe	Immunologie
Mme BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM. BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET Pierre	Physiologie
Mme BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM. BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
CONSTANS Thierry.....	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre.....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
COUET Charles	Nutrition
DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague ...	Anatomie & Cytologie pathologiques
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & Cytologie pathologiques
FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
HANKARD Regis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM. HUTEN Noël	Chirurgie générale
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile

LASFARGUES Gérard Médecine et Santé au Travail
 LAURE Boris..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 LEBRANCHU Yvon Immunologie
 LECOMTE Thierry Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 LESCANNE Emmanuel Oto-Rhino-Laryngologie
 LINASSIER Claude Cancérologie ; Radiothérapie
 LORETTE Gérard..... Dermato-Vénérologie
 MACHET Laurent Dermato-Vénérologie
 MAILLOT François Médecine Interne
 MARCHAND-ADAM Sylvain Pneumologie
 MARRET Henri Gynécologie et Obstétrique
 MARUANI Annabel Dermatologie
 MEREGHETTI Laurent Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
 MORINIÈRE Sylvain O.R.L.
 MULLEMAN Denis Rhumatologie
 PAGES Jean-Christophe Biochimie et biologie moléculaire
 PAINAUD Gilles Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
 PATAT Frédéric Biophysique et Médecine nucléaire
 PERROTIN Dominique Réanimation médicale ; médecine d'urgence
 PERROTIN Franck Gynécologie et Obstétrique
 PISELLA Pierre-Jean Ophtalmologie
 QUENTIN Roland Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
 ROBIER Alain Oto-Rhino-Laryngologie
 ROINGEARD Philippe Biologie cellulaire
 ROSSET Philippe Chirurgie orthopédique et traumatologique
 ROYERE Dominique Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
 RUSCH Emmanuel Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
 SALAME Ephrem Chirurgie digestive
 SALIBA Elie Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
 Mme SANTIAGO-RIBEIRO Maria Biophysique et Médecine Nucléaire
 MM. SIRINELLI Dominique Radiologie et Imagerie médicale
 THOMAS-CASTELNAU Pierre Pédiatrie
 Mme TOUTAIN Annick Génétique
 MM. VAILLANT Loïc Dermato-Vénérologie
 VELUT Stéphane Anatomie
 WATIER Hervé Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique Médecine Générale
 LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale
 MALLET Donatien Soins palliatifs
 POTIER Alain Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
 M. BAKHOS David O.R.L.
 Mme BAULIEU Françoise..... Biophysique et Médecine nucléaire
 M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
 Mme BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
 BLASCO Hélène..... Biochimie et biologie moléculaire
 MM. BOISSINOT Eric Physiologie
 DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie
 Mme DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire
 M. EHRMANN Stephan Réanimation médicale
 Mme FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques
 M. GATAULT Philippe Néphrologie
 Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine..... Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
 GOUILLEUX Valérie Immunologie
 MM. GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion
 HOARAU Cyrille..... Immunologie
 HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
 Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique..... Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
 LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique

MACHET Marie-Christine Anatomie et Cytologie pathologiques
MM. PIVER Eric Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et Droit de la santé
MM. SAMIMI Mahtab Dermatologie
TERNANT David Pharmacologie – toxicologie
Mme VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie ... Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M. VOUREC'H Patrick Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes BOIRON Michèle Sciences du Médicament
ESNARD Annick Biologie cellulaire
M. LEMOINE Maël Philosophie
Mme MONJAUZE Cécile Sciences du langage - Orthophonie
M. PATIENT Romuald Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes HUAS Caroline Médecine Générale
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale
M. ROBERT Jean..... Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M. BOUAKAZ Ayache Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes BRUNEAU Nicole Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM. COURTY Yves Chargé de Recherche CNRS – U 618
GAUDRAY Patrick Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOUILLEUX Fabrice..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes GOMOT Marie Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM. LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
LE PAPE Alain Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes MARTINEAU Joëlle Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
POULIN Ghislaine Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme BIRMELE Béatrice Praticien Hospitalier (*éthique médicale*)
M. BOULAIN Thierry Praticien Hospitalier (*CSCT*)
Mme CRINIERE Lise Praticien Hospitalier (*endocrinologie*)
M. GAROT Denis Praticien Hospitalier (*sémiologie*)
Mmes MAGNAN Julie Praticien Hospitalier (*sémiologie*)
MERCIER Emmanuelle Praticien Hospitalier (*CSCT*)

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme DELORE Claire Orthophoniste
MM. GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
MONDON Karl Praticien Hospitalier
Mme PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
M. MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

Remerciements

A mes Maîtres et membres du jury

Monsieur le Professeur Emmanuel Rusch

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury et pour votre accompagnement au long de ces années d'internat. Merci pour la liberté que vous m'avez accordée.

Soyez assuré de mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur Pierre Czernichow

C'est avec vous que j'ai débuté mes études de médecine un matin de septembre 2001 et que je les termine aujourd'hui. Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de diriger ce travail et du temps que vous y avez consacré.

Soyez assuré de mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur Laurent Mereghetti

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

Soyez assuré de mon plus profond respect.

Monsieur le Docteur Philippe Bertrand

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

Soyez assuré de mon plus profond respect.

A tous les médecins et à toutes les équipes que j'ai rencontré au long de ces dix années, et qui de près ou de loin ont contribué à faire de moi le médecin que je deviens.

A mon père, j'aurais aimé que tu puisses m'accompagner jusqu'à la fin de ces études et bien au-delà, la vie en a décidé autrement. C'est à toi que je pense en premier aujourd'hui. J'espère que tu es fier de moi.

A ma maman, merci pour tout ce que tu fais pour moi depuis (très) bientôt 30 ans. Je sais que je peux compter sur toi, toujours et ces quelques lignes ne pourront suffire à te remercier pour tout ce que je te dois ! Je n'arrive pas toujours à l'exprimer comme je le voudrais mais tu es une maman formidable et je t'aime !

A Fabrice, pour ton soutien toutes ces années, dans les bons moments et les plus difficiles. Tu m'as aidée à supporter et à relativiser les difficultés. Tu as partagé les doutes, la fatigue, les kilomètres... Aujourd'hui, on en voit enfin le bout, merci pour ta patience !

A mes fils, Camille et Côme, pour tout ce que vous m'apportez depuis plus de 3 ans chacun à votre manière. Vos arrivées dans ma vie ont changé tellement des choses ! Etre votre maman est sans aucun doute la plus belle des aventures et elle ne fait que commencer !

A mes sœurs, Chloé et Cyrielle, nous ne sommes pas toujours d'accord, les discussions sont souvent animées autour de la table familiale mais j'espère qu'aujourd'hui vous êtes autant fières de moi que je suis fière de vous, mes petites sœurs !

A mes grands-parents, avec une pensée particulière à « Papi Loulou », Mamie me répète tellement souvent que tu aurais été si fier d'avoir une petite fille Docteur !

A mes ami(e)s,

Ceux de toujours qui m'accompagnent depuis si longtemps, la vie nous a souvent éloignés mais nous savons toujours être présents dans les moments importants de la vie des uns et des autres.

Sophie, Stéphanie, Emilie, Alix, Claire, nous avons passé ensemble une grande partie de ces dernières années et toutes ces étapes importantes de nos vies : nos études, les thèses (enfin, pas encore toutes, courage !) les mariages, les enfants... Le quotidien nous prend du temps, certaines sont parties un peu plus loin, mais j'espère que nous garderons longtemps « la tradition » !

A mes tous premiers co-internes de Dreux, parce qu'ils ont été là aux moments les plus difficiles, ont supporté ma mauvaise humeur et mes remises en questions... Je ne sais pas tous ce que vous êtes devenus, mais ces 6 mois restent dans ma mémoire...

A mes co-internes de santé publique et plus particulièrement Emilie, parce que d'une certaine façon, c'est toi qui m'as ouvert les portes de la santé publique ! Merci !

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Table des matières

1	Introduction	15
2	Le contexte	16
2.1	Qu'est-ce que la santé publique	16
2.1.1	Définitions de la santé publique.....	16
2.1.2	Historique de la santé publique	18
2.1.3	L'histoire de la santé publique en France	19
2.2	Les professionnels de santé publique	20
2.2.1	Les médecins de santé publique	21
A)	L'histoire des médecins de santé publique en France	21
B)	Les différentes voies de qualification.....	22
a)	Le DES	22
b)	Les voies de qualification du Conseil de l'Ordre des Médecins	25
C)	Les différents champs de compétence des médecins de santé publique.....	26
2.2.2	Les autres professions de santé en santé publique.....	27
2.2.3	Les professionnels de santé publique « non-médecins»	27
3	Méthodes.....	29
4	Résultats	31
4.1	Etat des lieux au 1 ^{er} janvier 2013	31
4.1.1	Effectifs et modes d'exercice.....	31
4.1.2	Age et sexe	32
4.1.3	Répartition régionale	34
4.2	Evolutions récentes de la démographie des médecins de SPMS en France	40
4.2.1	Effectifs de médecins de SPMS en exercice	40
4.2.2	Recrutement de nouveaux médecins de SPMS	41
4.2.3	Evolutions régionales	42
4.3	Prospective	48

4.3.1	Au niveau national.....	48
4.3.2	Au niveau régional	48
5	Discussion	50
a)	Le recueil de données.....	50
b)	Le nombre de médecins en exercice.....	51
c)	L'âge des médecins de santé publique	51
d)	La féminisation.....	52
e)	Le mode d'exercice	52
f)	La répartition sur le territoire.....	53
g)	Les évolutions récentes : l'efficacité des processus de formation et de remplacement	54
h)	Prospective	56
6	Conclusion.....	58

Table des figures

Figure 1 Pyramide des âges des médecins de SPMS en France au 01/01/2013.....	33
Figure 2 : Pyramide des âges des médecins en France au 01/01/2013.....	33
Figure 3 : Corrélation entre les densités de médecins de SPMS et de l'ensemble des médecins selon les régions	35
Figure 4 : Densité des médecins de SPMS selon les régions par comparaison avec la densité nationale en France au 1 ^{er} janvier 2013	37
Figure 5 : Evolution des effectifs des médecins de santé publique de des autres spécialités (1995 – 2013) en France Métropolitaine	41
Figure 6 : Nombre de postes offerts aux ECN de 2005 à 2013.....	41
Figure 7 : Corrélation entre l'évolution du nombre du nombre de médecins de SPMS et le nombre de postes offerts aux choix à l'issue des ENC entre 2009 et 2013 en France.....	44
Figure 8 : Corrélation entre les densités régionales de médecins de SPMS en 2009 et la vitesse d'évolution sur la période 2009-2013 en France	46

Table des tableaux

Tableau 1 : Effectifs des spécialités médicales par ordre décroissant au 01/01/2013 en France (métropole et DOM).....	31
Tableau 2 : Activités exercées par les spécialistes de santé publique et médecine sociale par secteur d'activité en France au 01/01/2013	32
Tableau 3 : Effectifs et densités (D) des médecins par région en France au 01/01/2013.....	34
Tableau 4 : comparaison des densités observées dans chaque région française par rapport à la densité nationale (01/01/2013)	36
Tableau 5 : Répartition par tranches d'âge et par région des médecins de SPMS en France en 2013	38
Tableau 6 : Répartition des médecins SPMS par régions et secteurs d'activités (au 1er janvier 2012)	39
Tableau 7 : Evolution de l'effectif de médecins de santé publique et médecine sociale en France (2009-2013).....	40
Tableau 8 : Postes offerts en SPMS à l'issue des ECN de 2004 à 2013 par rapport à la totalité des postes et nombre de nouveaux inscrits dans la spécialité 4 ans plus tard	42
Tableau 9 : Evolution des effectifs et des densités des médecins de SPMS par région sur la période 2009-2013	43
Tableau 10 : Comparaison de l'évolution des effectifs de médecins de SPMS par régions sur la période 2009-2013	45
Tableau 11 : Evolution des principaux modes d'exercice des médecins de SPMS salariés par région (2009 – 2012)	47
Tableau 12 : Nombre de postes offerts au choix sur la période 2013-2018 et nombre actuel de médecins de SPMS âgés de plus de 55 ans en France.....	49

Liste des sigles utilisés

ANSES Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ANSM Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé

ARH Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS Agence Régionale de Santé

CDOM Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CG Conseil Général

CNAMTS Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

DDASS Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

DES Diplôme d'Etudes Spécialisées

DOM Département d'Outre-Mer DRASS Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale

DREES Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ENC Epreuves Nationales Classantes

HPST Hôpital Patients Santé Territoire

IDESP Infirmière Diplômée d'Etat de Santé Publique

IDH Inspecteur départemental d'hygiène

JO Journal Officiel

MARS Médecin d'ARS

MEN Médecin de l'Education Nationale

MIS Médecin Inspecteur de Santé

MISP Médecins Inspecteurs de Santé Publique

MSP Médecin de Santé Publique

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ORS Observatoire Régional de la Santé

PACA Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMI Protection Maternelle et Infantile

RPPS Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

SNSP Syndicat National des Spécialistes de Santé Publique

SP Santé Publique

SPMS Santé Publique et Médecine Sociale

URCAM Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

La spécialité de santé publique et médecine sociale (SPMS) créée en 1984 concerne moins de 1% des médecins en France. Quoique difficile à circonscrire, le champ de la santé publique est en constant développement. L'espérance de vie ne cesse d'augmenter et avec elle l'importance des maladies chroniques dont la prise en charge doit faire l'objet d'une adaptation constante du système de soins. Les attentes sociétales ont changé, avec des exigences nouvelles des patients et des usagers. Les contraintes économiques amènent à prendre plus en compte la dimension collective des problèmes de santé et des réponses qui y sont apportées par le système de soins.

Alors que l'exercice des médecins est aisé à expliciter pour la plupart des spécialités, celui des médecins de SPMS est caractérisé par des modes d'exercice et des domaines de compétence particulièrement variés. Dans certains domaines de la santé publique (SP) des professionnels qui ne sont ni médecins, ni même des professionnels de santé, exercent des responsabilités contrairement à toutes les autres spécialités médicales. La légitimité de l'existence d'une spécialité médicale propre peut donc être interrogée.

L'objectif de ce travail était d'étudier la démographie des médecins de SPMS en France, et notamment leur répartition sur le territoire. En outre les évolutions récentes de cette démographie ont été analysées et les indications prospectives disponibles seront présentées, en s'appuyant principalement sur les données statistiques produites par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).

Le contexte

1.1 Qu'est-ce que la santé publique

1.1.1 Définitions de la santé publique

Winslow (1877-1957), bactériologiste et directeur du département de santé publique de la *Yale School of Medicine* aux Etats-Unis a défini en 1920 la santé publique comme « *l'art et la science d'améliorer l'état de santé de la population, de prévenir la maladie et de promouvoir la santé et l'efficacité des services de santé par la coordination des efforts de la société* » (1).

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2002, la santé publique représente « *l'ensemble des efforts par des institutions publiques dans une société pour améliorer, promouvoir, protéger et restaurer la santé de la population grâce à une action collective.* »

Ces deux définitions sont proches : elles soulignent que la santé publique correspond à une approche collective de la santé, à l'échelle des populations plutôt que des individus. On trouve aussi l'idée qu'il s'agit d'organiser des interventions pour améliorer ou préserver cette santé, et pas seulement d'étude ou d'observation. Rien pourtant n'indique dans ces définitions l'implication nécessaires de médecins ; au demeurant, la santé publique se démarque de l'exercice clinique de la médecine par l'accent porté sur la prévention plutôt que sur les traitements curatifs, et sur approche collective, « populationnelle » plutôt qu'individuelle des problèmes de santé, comme le souligne D Fassin (2).

Parallèlement à sa définition de la santé publique, l'OMS a identifié neuf « fonctions essentielles » de la santé publique (4) :

- Contrôle de la situation sanitaire
- Surveillance épidémiologique
- Élaboration de politiques et planification en matière de santé publique
- Gestion stratégique des systèmes et services de santé pour améliorer la santé de la population
- Réglementation et mesures coercitives pour la protection de la santé publique
- Développement et planification des ressources humaines dans le domaine de la santé publique
- Promotion de la santé, participation et droit de regard des citoyens
- Assurance de la qualité des services de santé destinés aux personnes et
- Recherche, développement et mise en œuvre de solutions innovatrices en matière de santé publique.

Là non plus, on ne peut guère identifier dans cette liste de fonction impliquant nécessairement la participation de médecins.

Selon une autre approche (3), la santé publique est un « *champ d'observation, d'action et de recherche, investi par de multiples disciplines en interaction, ayant vocation à préserver ou améliorer la santé de la population* ». Cette définition permet de comprendre que dans le champ considéré, la médecine ne représente qu'une discipline parmi d'autres ; elle n'a en aucune manière d'exclusivité. Il y a donc matière à coopération, mais aussi à compétition entre les disciplines.

En France, selon la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique :
«*La politique de santé publique concerne la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la lutte contre les épidémies, la prévention des maladies, traumatismes et des incapacités, l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes, l'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et les risques sanitaires, l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire, la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé, l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps, la démographie des professions de santé*».
Cette loi affirme par ailleurs le caractère d'objectif prioritaire de l'accès à la prévention et aux soins pour les populations fragilisées. On retrouve donc sous d'autres termes les fonctions de la santé publique telles que définies par l'OMS en 2002.

Dans cet éclairage énumératif, on peut identifier que les médecins de SPMS peuvent plus particulièrement observer certains aspects de la santé, et en déduire les réponses adaptées (« besoins ») ; ils peuvent contribuer à la connaissance de l'organisation des soins et à leur sécurité des patients. Enfin ils peuvent favoriser les échanges avec l'ensemble des médecins, dont le rôle est important dans le processus de soins, en particulier par leur prérogative de prescription de nombreux actes. Ils ne sont cependant pas le seul corps de métier nécessaire à des pratiques de SP.

Ainsi, la santé publique est délicate à identifier, alors que cette expression est banalisée pour les professionnels qui s'y réfèrent et pour le grand public.

La santé publique en tant que spécialité médicale n'est pas plus simple à définir. En effet, les spécialités médicales sont définies par l'objet de leur pratique, souvent un organe ou un

système (cardiologie, pneumologie, rhumatologie...), une technique (chirurgie, imagerie, biologie...) ou un groupe de la population (pédiatrie, gynécologie, gériatrie). Dans tous les cas, ces définitions impliquent une spécialisation au sens d'un périmètre d'exercice restreint. S'agissant de la santé publique, au contraire, le champ d'activité est particulièrement extensif, et aborde des aspects absents de l'exercice clinique habituel : intérêt pour l'environnement, le contexte social, les ressources mobilisées, prise en compte de l'arrière-plan « populationnel » et des « non-patients »... La médecine générale, quoique « spécialité » clinique, relève d'une logique proche.

Différents auteurs, médecins ou non, retiennent aujourd'hui trois « points de passage » obligés de la santé publique : l'état de santé d'une population, les interventions collectives visant à l'améliorer et la discipline universitaire, médicale ou non (5) (6). Dans les deux premiers, plusieurs disciplines s'entrecroisent : l'épidémiologie, la biostatistique, l'informatique, la politique, la sociologie, l'économie, la médecine, l'anthropologie... (7). A travers elles, on perçoit la santé publique comme multidisciplinaire, nécessitant l'intervention de multiples professionnels et pas uniquement des médecins. Le troisième point s'apparente plus aux définitions « classiques » des spécialités médicales puis qu'il définit la santé publique par un domaine structuré de savoirs et d'intervention : la santé de la population.

1.1.2 Historique de la santé publique

La définition de la santé publique a intégré au cours du temps de nouvelles fonctions liées à l'évolution des maladies dans les populations et des moyens techniques disponibles. La notion de transition épidémiologique permet d'illustrer cette extension du champ de la santé publique au cours du temps. (8)

Selon J-C Sournia (8) le terme de « santé publique » serait relativement récent alors qu'il est probable que des pratiques de santé publique peuvent être identifiées à l'époque romaine. Les rares écrits tentant de retracer l'histoire de cette discipline situent sa naissance dans la première moitié du 19^{ème} siècle avec les premières mesures au niveau national. Avant le 20^{ème} siècle les épidémies et les famines dominent, et la santé publique a essentiellement pour fonction de surveiller et de protéger la population en luttant contre les réservoirs des maladies transmissibles.

La première moitié du 20^{ème} siècle est marquée par la régression des maladies transmissibles grâce aux progrès de la médecine (vaccinations, traitements antibiotiques...) et à l'amélioration des conditions de vie. La charte de l'hygiène publique (1902) instaure une réglementation et une organisation sanitaire au niveau départemental et communal :

obligation de vaccination contre la variole, déclaration des maladies infectieuses, désinfection des locaux, surveillance des sources d'eau potable... (Fonctions de prévention, surveillance, protection). En 1920 le premier Ministère de la Santé Publique est créé par regroupement de services du Ministère de l'Intérieur (Hygiène Publique) et du Commerce. La protection de la santé de tous devient un devoir de l'État (Constitution de 1946).

La période contemporaine est marquée par un nouveau repli de la mortalité par maladies infectieuses. L'espérance de vie continue d'augmenter, avec une transition épidémiologique (diabète, hypertension artérielle, maladie d'Alzheimer...) liée au vieillissement de la population. L'épidémiologie analyse la façon dont les styles et les conditions de vie (dont les facteurs sociologiques et environnementaux) influencent la santé. En 1986, la publication de la charte d'Ottawa ajoute la promotion de la santé comme nouvelle dimension à la santé publique : il s'agit « *d'élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles et réorienter les services de santé* ». La santé publique cumule, dès lors, des fonctions de promotion de la santé, prévention, surveillance et protection.

1.1.3 L'histoire de la santé publique en France

La connaissance des grandes étapes constitutives de la santé publique en France permet la compréhension du métier de médecin de santé publique dans notre pays.

La première loi de santé publique, Charte de l'Hygiène Publique, votée par le Parlement le 15 février 1902 (9), prévoit que les maires sont garants de la santé publique, les préfets n'intervenant qu'en cas de carence de ceux-ci. Avec cette charte apparaissent les premiers Inspecteurs Départementaux d'Hygiène (IDH).

Le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociale, ancêtre de notre ministère de la Santé est créé en 1920 dans les suites de la grande pandémie de grippe dite « espagnole ». Des circulaires encouragent en 1922 et 1924 la création des inspections d'hygiène mais ce n'est qu'en 1937 que la loi de 1902 est révisée et que les missions des inspections départementales d'hygiène et bureaux municipaux d'hygiène sont plus clairement définis.

Pendant la seconde guerre mondiale, l'administration de la santé, et les compétences correspondantes sont développées au niveau régional : ainsi sont créées les directions régionales de la famille et de la santé sous l'autorité directe du ministère de l'Intérieur qui a en charge les services médico-sociaux et l'assistance sociale. Cette organisation sera vite

abandonnée au profit d'échelons départementaux : Les directions de la santé et inspection sociale de la population seront renommés Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DdASS) en 1964 et les services de santé scolaire y seront associés. Le décret du 22 avril 1977 réorganise les services déconcentrés de l'Etat et crée les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Au début des années 80, avec les lois de décentralisation, les compétences de l'aide sociale et de la prévention sont transférées aux Conseils Généraux et en 1991, alors que les services de santé scolaires sont transférés au ministère de l'Education Nationale. Au début des années 90, l'augmentation des dépenses de santé, et l'émergence de crises sanitaires telle que l'affaire du sang contaminé (10) remettent en cause l'organisation de l'administration de la santé (11). Il faudra des années de réflexion aboutiront à une refonte profonde du système avec la loi « Hôpital, Patients, Santé territoire » du 21 juillet 2009 dite HPST (12) et la création des Agences Régionales de Santé, fusion des DRASS et DDASS, d'une part, des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et des Unions Régionales des Caisses d'assurance Maladie, créées par les ordonnances « Juppé » de 1996, d'autre part.

1.2 Les professionnels de santé publique

De par ses multiples fonctions, la santé publique est multidisciplinaire ce qui implique qu'elle est exercée par des professionnels issus de champs disciplinaires différents. Ainsi, on y retrouve des médecins, objet de ce travail, mais aussi d'autres professions de santé et même d'autres professionnels pouvant avoir une formation initiale qui semble éloignée du champ de la santé : épidémiologistes, démographes, économistes de la santé, juristes, sociologues... Les médecins n'ont donc pas le monopole de l'exercice de la santé publique, ce qui les différencie des autres professions médicales.

Pourquoi, et quand des médecins en sont-ils venus à s'intéresser à la santé publique ?
Quelle est la plus-value du médecin en santé publique ?

Aujourd'hui, la qualification de médecin de SPMS en France peut emprunter trois voies : (i) l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisés (DES) de santé publique et médecine sociale (SPMS) par la voie universitaire ; (ii) la qualification après avis des commissions de qualification du Conseil de l'Ordre des Médecins et (iii) l'obtention du titre de médecin spécialiste en SPMS par la procédure d'autorisation d'exercice et le régime général européen qui concernent les médecins titulaires d'un diplôme étranger (13). Cependant, la grande majorité d'entre eux est aujourd'hui formée par la voie universitaire classique du DES.

1.2.1 Les médecins de santé publique

A) L'histoire des médecins de santé publique en France

Elle est intimement liée à celle de nos institutions et de l'histoire de la SP en France. Les premiers professionnels de santé publique ont été les IDH, médecins ou non, dont la seule obligation était d'être compétent en hygiène. Dès le début, les IDH ont souffert d'un défaut de recrutement : dès 1922 la charte de l'hygiène ne peut être appliquée de manière homogène sur le territoire du fait de leur présence inconstante (14). Ce n'est qu'en 1937 (15) que les IDH deviennent des médecins nommés par le Ministre : le corps des Médecins Inspecteurs de la Santé (MIS) est alors créé. En 1964, avec la création des DdASS, les MIS deviennent des Médecins de la Santé Publique (MSP) puis en 1991 des Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP). Ces professionnels, pour la plupart en fonction dans les services déconcentrés de l'Etat jusqu'à la réforme de 2009 ont aujourd'hui été intégrés dans les ARS avec certains médecins de l'Assurance maladie qui peuvent effectuer les mêmes missions, d'où les interrogations sur la création d'un nouveau statut de Médecin d'ARS (MARS). En 1991, un décret sépare les MISP des médecins de santé scolaire, créant ainsi le corps des Médecins de l'Education Nationale (MEN).

Les lois de décentralisation de 1982 à 1986 ont transféré certaines compétences aux Conseil Généraux qui ont dû à leur tour recruter des médecins, créant alors le corps des médecins territoriaux. La Protection Maternelle et Infantile, jusqu'alors sous la tutelle des DDASS devient en même temps une compétence des CG, rattachant ainsi ses médecins au corps des médecins territoriaux.

Cependant les médecins de santé publique ne sont pas tous fonctionnaires et tous ces fonctionnaires ne sont pas qualifiés en SPMS. Ainsi, selon une enquête en 1995 sur le devenir des médecins de SPMS (16), sur 154 anciens internes de SPMS, seuls 4 avaient rejoint le corps des MISP à l'issue de leur formation. Cette enquête montrait que la grande majorité des anciens internes de SPMS exerçait en milieu hospitalier au sein des départements d'épidémiologie et d'information médicale. Une nouvelle enquête de ce type est en cours, menée par le Collège de Liaison des Internes de Santé Publique (17).

B) Les différentes voies de qualification

a) *Le DES*

Depuis 1982, la santé publique est une spécialité médicale reconnue d'un point de vue réglementaire en France (18) parmi les onze qui peuvent être choisies par les étudiants à l'issue des ECN. Il en est de même dans l'ensemble des pays européens (19).

i. Historique

Les données concernant l'historique de la formation des médecins en santé publique en France sont rares. Ainsi, même des ouvrages faisant référence dans la spécialité (20) ou traitant de l'exercice médical des médecins de santé publique (21) ne mentionnent pas le Diplôme d'Etudes Spécialisées créé en 1985 ni même l'ancien Certificat d'Etudes Spécialisés (CES) créé en 1981 et supprimé comme tous les CES par la loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relatives aux études médicales et pharmaceutiques.

Cependant, la santé publique est reconnue comme une spécialité médicale à part entière depuis la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales citées ci-dessus. Avant cette loi, tout médecin pouvait devenir spécialiste, soit par la voie élitiste de l'internat, soit par la voie alternative des CES, moins valorisée. Le CES de santé publique correspondait à une compétence technique donnant un accès privilégié à certaines fonctions comme celle de MISP. Il ne constituait pas une « spécialité » au sens de l'Ordre des Médecins. La réforme de 1982, en supprimant les CES, a rendu l'internat obligatoire pour la reconnaissance ordinaire du titre de spécialiste et crée quatre filières de formation du 3^{ème} cycle des études médicales : la médecine générale, la médecine spécialisée, la santé publique et la recherche (22). La filière santé publique comprend alors les DES de santé publique et celui de médecine du travail, constituant la spécialité de santé publique. En 1988, elle a été intégrée dans les spécialités médicales (23) avec pour conséquence une diminution importante du nombre de médecins diplômés au début des années 90 (24). La filière de santé publique est rétablie (25) et séparée de la médecine du travail en 1990, sous le nom de DES de « santé publique et médecine sociale ».

Depuis 2005, les concours d'internat spécifiques sont remplacés par des Epreuves Nationales Classantes : un classement global des étudiants inscrit en 4^{ème} année du Deuxième Cycle des Etudes Médicales permet aux étudiants de choisir leur spécialité et leur subdivision d'affectation en fonction de leur rang de classement. Les filières accessibles sont maintenant au nombre de 11 : anesthésie-réanimation, biologie médicale, gynécologie médicale,

gynécologie obstétrique, médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, psychiatrie, santé publique, spécialités chirurgicales et spécialités médicales. Seul le DES de SPMS est rattaché à la filière santé publique.

Depuis sa création, le DES souffre d'un défaut d'attractivité, le rang médian d'affectation étant inférieur à celui d'autres spécialités cliniques (26) d'autant que les débouchés paraissent peu nombreux : le métier de médecin de santé publique restait à inventer (27). Ainsi parmi les premiers internes de santé publique, nombreux sont ceux qui ont poursuivi une activité clinique, et se sont regroupés en associations locales, régionales puis finalement nationale afin de faire valoir leurs spécificités et compétences (28).

ii. L'organisation du DES de SPMS en 2013

Le DES de SPMS dure quatre ans et conduit à la qualification en SPMS. Le contenu de cet enseignement, appelé « maquette de formation » est fixé par arrêté (29), inchangé depuis 1992 et l'individualisation de la filière par rapport à celle des spécialités médicales (30). Il ne diffère de la maquette de 1985 que par une réduction du volume horaire des enseignements théoriques et la levée de l'obligation d'un stage clinique durant la durée de l'internat (31).

La formation théorique

Durant les quatre années de formation, les internes suivent un enseignement théorique d'environ 250 heures comportant un enseignement de base et un enseignement optionnel.

L'enseignement de base doit comporter des notions d'épidémiologie et de statistiques (épidémiologie descriptive et analytique, statistique, démographie), de planification (évaluation des institutions sanitaires, programmation des actions de santé et prévention), d'économie (organisation et gestion du système de santé, économie de la santé), de droit (base de droit administratif, constitutionnel et civil, protection sociale, droit sanitaire et social), d'environnement (méthodes d'études de l'environnement physique et hygiène du milieu, méthodes des sciences sociales appliquées à l'analyse du fonctionnement des institutions et des politiques sanitaires et sociales) et des notions de communication (techniques de communication et d'éducation pour la santé, documentation, informatique).

L'enseignement optionnel comporte deux options parmi environnement et hygiène du milieu, épidémiologie, organisation et gestion des services de santé ou santé communautaire.

Dans certaines villes, une formation spécifique est délivrée aux internes de SPMS, qui permet de couvrir une partie de la maquette. Cependant, en général, la validation d'un

master 1 de santé publique en 1 ou 2 ans (parallèlement aux stages) permet de couvrir l'essentiel de la maquette au cours du DES. Ce master permet d'acquérir les connaissances de base en santé publique. À sa suite, un master 2 permet un approfondissement dans un domaine correspondant à l'orientation de l'interne. L'offre de masters 2, bien que disparate sur le territoire est très diversifiée et permet d'offrir au jeune médecin une spécialisation dans son domaine de prédilection (32).

La formation pratique

La formation pratique comporte huit semestres : quatre dans des services agréés pour le DES de SPMS, dont au moins un dans un service extra-hospitalier, quatre autres dits « libres » réalisés dans des services agréés pour la spécialité ou pour une autre spécialité. Cette maquette, moins contraignante que dans les autres spécialités, laisse aux internes une grande liberté dans l'organisation de leur formation et dans les orientations qu'ils souhaitent donner à leur exercice. Cependant, cela ouvre également la possibilité d'une formation disparate selon les subdivisions, perçue comme telle des internes de santé publique et régulièrement soulignée par les associations d'internes.

La validation du DES et l'obtention du titre de docteur en médecine

L'obtention du titre de docteur en médecine spécialiste en SPMS est conditionnée par la soutenance de la thèse, d'exercice possible dès le 3^{ème} semestre validé, et par la validation du DES qui s'obtient lors d'une commission à la fin du 8^{ème} semestre d'autre part. (33)

Des commissions de validation sont organisées une à deux fois par an dans chaque inter régions. Elles réunissent les enseignants de l'inter région, dont un enseignant coordonnateur du DES, et au minimum trois autres personnels enseignants et hospitaliers titulaires des centres hospitaliers universitaires, dont deux au moins de la spécialité qui doivent appartenir à différentes unités de formation et de recherche (UFR) de médecine de l'inter-région. Deux des membres de la commission doivent être extérieurs au centre hospitalier universitaire dont relève l'interne candidat à la validation de son DES. Les membres de la commission sont nommés pour une durée de trois ans par les directeurs des UFR de médecine.

« La commission interrégionale propose la délivrance du diplôme d'études spécialisées au cours du dernier semestre d'internat. Elle se fonde sur :

- la validation de tous les stages exigés pour le diplôme d'études spécialisées, attestée par un carnet de stage ou, à défaut, par les fiches mises en annexe à l'arrêté relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des internes ;*
- un mémoire rédigé et soutenu par l'interne portant sur un travail de recherche clinique ou*

fondamental, qui peut porter sur un thème spécifique ou être constitué d'un ensemble de travaux. Le sujet de ce mémoire doit être préalablement approuvé par l'enseignant coordonnateur. Avec son accord, la thèse peut, en tout ou partie, tenir lieu de mémoire si elle porte sur un sujet de la spécialité et si elle est soutenue lors de la dernière année d'internat ;

- un document de synthèse rédigé par l'interne, portant sur les travaux scientifiques qu'il a réalisés, notamment dans le cadre de la préparation d'un diplôme d'études approfondies ou d'un master, sur sa participation à des congrès ou colloques, ses stages à l'étranger et toute autre formation ou expérience complémentaires ;*
- des appréciations annuelles de l'enseignant coordonnateur et, le cas échéant, des enseignants coordonnateurs d'autres spécialités ;*
- l'avis du directeur de l'unité de formation et de recherche dont relève l'interne. ». (34)*

b) Les voies de qualification du Conseil de l'Ordre des Médecins

i. La qualification ordinale

La qualification par les pairs via l'Ordre des Médecins est la deuxième voie menant à la spécialisation de SPMS. La qualification par l'Ordre des Médecins existe depuis 1947 (35). Depuis 2002, un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions selon lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir la qualification de spécialiste. Le décret d'application du 19 mars 2004, et l'arrêté du 30 juin 2004 modifié, permettent à tout médecin inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins de constituer un dossier de demande de qualification examiné par des commissions de qualification. La qualification est prononcée par l'Ordre des Médecins selon la procédure fixée par l'arrêté du 4 septembre 1970, et par le décret n° 2004-252 du 19 mars 2004.

Des commissions nationales de première instance et d'appel sont instituées dans chaque spécialité (spécialités des DES ou Diplômes d'Etudes Spécialisés Complémentaires (DESC) du groupe 2 dits « qualifiants »). A l'heure actuelle, il existe 42 spécialités mais des commissions communes siègent pour certaines d'entre elles, notamment les disciplines chirurgicales. La spécialité de SPMS dispose de commissions propres dont les membres sont nommés par arrêté ministériel pour une durée de cinq ans. Chaque commission pour chaque discipline comprend :

- Un président, médecin praticien hospitalier – professeur des universités qualifié dans la discipline intéressée et proposé à la désignation du ministre de la santé par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

- Quatre autres médecins qualifiés dans la discipline, deux proposés par le conseil national de l'ordre des médecins et deux par le ou les syndicats nationaux les plus représentatifs de la discipline, ou à défaut par le ou les syndicats nationaux les plus représentatifs.
- Deux médecins participent également à ces commissions avec un rôle consultatif : un MISF et un médecin-conseil de l'assurance maladie (commission nationale de première instance), ou le représentant du ministre chargé de la santé et celui du ministre chargé de la sécurité sociale (commission nationale d'appel).

Pour obtenir une qualification, le candidat doit justifier d'une formation et d'une expérience lui assurant des compétences jugées équivalentes à celles des médecins formés par la voie du DES. Pour cela, il constitue un dossier examiné en commission de première instance qui rend un avis au conseil départemental de l'Ordre des Médecins dont dépend le candidat, qui peut suivre ou non cet avis. En cas d'avis défavorable émit par la commission nationale de première instance, le conseil départemental peut saisir la Commission Nationale d'Appel.

ii. Les procédures d'autorisation ministérielle

Les procédures d'autorisation d'exercice ministérielle concerne les médecins ayant obtenu leur diplôme hors de France. Pour pouvoir exercer en France, ces médecins doivent faire reconnaître leur formation par une procédure d'autorisation d'exercice ministérielle. Cette procédure se déroule en trois étapes : un contrôle de connaissance comportant une épreuve théorique, une épreuve pratique avec une preuve du niveau suffisant de maîtrise de la langue française. Ensuite, ces médecins sont tenus d'exercer durant 3 ans dans un service agréé pour la formation des internes, en théorie sous la responsabilité directe du responsable du service. Enfin, à l'issue de ces 3 ans, les candidats peuvent se présenter devant la commission d'autorisation d'exercice.

L'étude comparative des voies de qualification des spécialités médicales (36) montrait que 71,3% des médecins étaient qualifiés par la voie universitaire dans la filière de SPMS.

C) Les différents champs de compétence des médecins de santé publique

Comme mentionné plus haut, la multitude des possibilités ouvertes au médecin qualifié en SPMS, quelle que soit sa voie de qualification, représente une force mais aussi une faiblesse. Pour la plupart des autres spécialités, la seule question posée au médecin est celle du statut salarié (en établissement de santé) ou libéral ; pour le médecin de santé publique, le champ est bien plus vaste. Il n'existe pas de classification reconnue des champs de compétences et d'intervention des médecins spécialistes de SPMS mais le Syndicat

National des Spécialistes en Santé publique (SNSP) propose une liste de 51 items dans son annuaire (24) dont les plus fréquents sont l'épidémiologie, l'information médicale, la qualité, la prévention et éducation pour la santé, l'économie de la santé et l'hygiène, mais cette liste est loin d'être exhaustive.

Comme pour la plupart des médecins, ces médecins peuvent exercer dans des établissements de santé publics ou privés, mais aussi dans des administrations nationales ou régionales, institutions dont les autres spécialités médicales sont souvent absentes, ou encore des associations.

1.2.2 Les autres professions de santé en santé publique

On distingue comme professions de santé, les professions médicales et les professions d'auxiliaires médicaux. Les professions médicales se distinguent des auxiliaires médicaux par leur droit de prescription, il s'agit aujourd'hui en France de 4 professions : les médecins, les pharmaciens, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes. Les auxiliaires médicaux définis par le livre III du code de la santé publique regroupent les infirmiers (titre I), les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoprothésistes et pédicures-podologues (titre II), les ergothérapeutes et psychomotriciens (titre III), les orthophonistes et orthoptistes (titre IV), les manipulateurs d'électroradiologie médicale (titre V), les audioprothésistes, opticien-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées (titre VI) et les diététiciens (titre VII).

Chacune de ses professions peut exercer une activité de santé publique : les Pharmaciens Inspecteurs de Santé Publique au sein des Agences Régionales de Santé ou dans les administrations centrales (Ministère de la santé, Direction Générale de la Santé...) mais encore dans d'autres structures nationales ou internationales comme l'ANSES, l'OMS...

Bien que non reconnue en France comme une spécialité, la profession des Infirmières de Santé Publique (IDESP) peut exercer des missions de veille sanitaire dans les ARS au côté des MISP mais aussi des missions d'éducation thérapeutique en milieu hospitalier ou associatif. Comme pour les médecins, il est impossible d'être exhaustif sur les possibilités ouvertes dans le domaine de la santé publique aux professionnels de la santé.

1.2.3 Les professionnels de santé publique « non-médecins »

Actuellement en France, 75 formations de niveau Master 2 portent la mention santé publique d'après la base de données « diplodata » de l'université de Bourgogne (37). La plupart de ces formations sont accessibles 3 ans après le baccalauréat. La plupart des internes de

SPMS valident un master 2 parallèlement à leur formation de DES, ce qui interroge sur de la spécificité de cette dernière formation (voir plus loin).

Certains Master 2 de santé publique sont organisés par des composantes de l'université autre que les UFR de médecine, comme l'Institut de Santé publique d'Epidémiologie et de Développement de Bordeaux, l'Ecole de Santé Publique de Nancy ou encore l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (HESP) qui forme des fonctionnaires de l'Etat.

Les médecins apportent un regard irremplaçable par leur culture médicale acquise au cours de leurs deux premiers cycles d'études. Ils ont une bonne compréhension du processus de soins « sur le terrain » où ils y font des stages, ils ont observé leurs aînés dans leur exercice, connaissent par leurs expérience la réalité de l'exercice médical. Ils ont un rôle potentiel à jouer de médiateurs entre les instances décisionnaires et les médecins, ne serait-ce déjà que par le secret médical qu'ils peuvent partager. Leur droit de prescription les différencie des professions d'auxiliaires de soins. Ainsi, on peut leur conférer un rôle de « lien » entre le monde médical « soignant » et les autres disciplines telles que l'économie, la sociologie, etc qui participent à l'élaboration de nos politiques de santé.

Méthodes

L'étude de la population des médecins spécialistes en SPMS correspondait à une analyse descriptive exhaustive.

Trois systèmes d'information ont été utilisés pour obtenir les données nécessaires :

- Les caractéristiques sociodémographiques et concernant les modes d'exercice des médecins sont publiées annuellement par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques. Depuis 2012, ces données proviennent du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé, RPPS auquel les médecins sont tenus de s'inscrire. Avant 2012, ces chiffres étaient issus du répertoire ADELI. Ces deux sources ont été utilisées (ADELI de 2009 à 2012 et RPPS pour 2013). Les variables étudiées étaient l'âge et le sexe des médecins, leur région d'exercice, le mode et le cas échéant l'institution d'exercice.
- Les données relatives à la formation initiale et au Diplôme d'Etudes Spécialisés ont été obtenues par le ministère en charge de la santé qui publie annuellement le nombre de postes ouverts au choix pour les nouveaux internes nommés après les épreuves classantes nationales (ECN).
- L'arrêté du 1er juillet 2013 déterminant le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision est paru au journal officiel du 7 juillet 2013. Il donne pour chaque région le nombre de postes qui sera offert au choix à l'issue des ENC pour la période 2013-2018 et donc le nombre de médecins qui débiteront leur exercice entre 2017 et 2022.

Dans un premier temps, une analyse descriptive des données publiées par la DREES a été faite. Les proportions de femmes dans la population générale des médecins et chez les médecins de SPMS ont été comparées grâce à un test de comparaison de proportion (test de X^2 d'homogénéité). Les proportions de médecins n'exerçant qu'une seule activité dans la population générale des médecins et chez les médecins de SPMS ont également été comparées grâce à un test du X^2 . Afin d'étudier la répartition par classes d'âge et de la comparer à celle de l'ensemble des médecins, les pyramides des âges ont été construites. Pour chaque région administrative, les densités ont été calculées et on a réalisé un test de corrélation entre les densités médicale et de médecins de SPMS à l'aide du calcul du coefficient de corrélation r . La répartition par classe d'âge dans chaque région a été étudiée et les régions ont été comparées entre elles à l'aide de tests de comparaison de proportions, test du X^2 quand les effectifs étaient supérieurs à 5 ou test exact de Fisher lorsque ces conditions n'étaient pas remplies. Les modes d'exercice ont été étudiés par

région et une comparaison de leur répartition a été faite par les mêmes tests de comparaison de proportions. Les évolutions récentes de la démographie des médecins de SPMS ont été décrites grâce aux données de la DREES analysées depuis 2009. Le recrutement des nouveaux médecins de SPMS a été étudié grâce aux chiffres du Ministère de la santé. Les évolutions régionales ont-elles été étudiées à l'aide des chiffres de la DREES depuis 2009. Les proportions de médecins par mode d'exercice et par région ont été calculées pour les années 2009 et 2012. Les chiffres attendus si les évolutions étaient homogènes sur le territoire ont été calculés grâce aux effectifs connus en 2009 et la proportion nationale. La prospective de l'évolution du nombre de médecins de SPMS au niveau national puis régional a été établie grâce aux chiffres prévisionnels du nombre de médecins formés parus au JO le 7 juillet 2013.

Les données recueillies ont été saisies dans des tableaux sur le logiciel Excel® et analysées à l'aide de celui-ci pour les tests simples. Les tests statistiques ont été réalisés sous le logiciel R®. Pour tous les tests statistiques réalisés, le seuil de significativité retenu était de 5%.

Résultats

1.3 Etat des lieux au 1^{er} janvier 2013

1.3.1 Effectifs et modes d'exercice

Au 1^{er} janvier 2013, avec 1662 médecins en exercice, la spécialité de SPMS se situait au 23^{ème} rang des spécialités médicales en France (tableau 1) et représentait 0,76% de l'ensemble des médecins.

Tableau 1 : Effectifs des spécialités médicales par ordre décroissant au 01/01/2013 en France (métropole et DOM)

		Effectifs			
1	Médecine générale	101 803	22	Endocrinologie	1 737
2	Psychiatrie	14 619	23	Santé publique et médecine sociale	1 662
3	Anesthésie-réanimation	10 841	24	Anatomie et cytologie pathologiques	1 550
4	Radiodiagnostic et imagerie médicale	8 392	25	Néphrologie	1 491
5	Pédiatrie	7 615	26	Gériatrie	1 404
6	Cardiologie	6 710	27	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	1 214
7	Ophthalmologie	5 849	28	Chirurgie urologique	1 051
8	Médecine du travail	5 666	29	Chirurgie viscérale et digestive	905
9	Gynécologie-obstétrique	4 253	30	Chirurgie plastique	831
10	Dermatologie	4 104	31	Radiothérapie	815
11	Chirurgie générale	3 628	32	Oncologie médicale	799
12	Gynécologie médicale	3 600	33	Médecine nucléaire	648
13	Gastro-entérologie	3 556	34	Chirurgie vasculaire	512
14	ORL et chirurgie cervico faciale	3 056	35	Neurochirurgie	485
15	Chirurgie orthopédique et traumatologie	2 983	36	Hématologie	477
16	Pneumologie	2 848	37	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	393
17	Biologie médicale	2 825	38	Chirurgie infantile	273
18	Rhumatologie	2 611	39	Réanimation médicale	256
19	Médecine interne	2 413	40	Génétique médicale	223
20	Neurologie	2 223	41	Recherche médicale	14
21	Médecine physique et réadaptation	1 961			
				total	218 296

Le pourcentage de femmes chez les médecins de SPMS était plus élevé que pour l'ensemble des médecins, toutes spécialités confondues (59,5% n = 989 *versus* 41,9% n = 91466, p=14,48).

La quasi-totalité des médecins de SPMS (98,4% soit 1636) exerçaient une activité salariée, dont 43,5% (n = 712) dans des établissements de santé publics ou privés. Seuls 4 (0,2%) avaient une activité mixte, cumulant une activité libérale et une activité secondaire

hospitalière. L'activité libérale exclusive ne concernait que 22 médecins (1,3%). Les médecins de SPMS faisaient partie des spécialités médicales les moins nombreuses à avoir une activité libérale qui concerne 59,6% de l'ensemble des médecins.

La faible part des médecins de SPMS exerçant une activité libérale était proche de certaines spécialités exerçant dans les établissements de santé comme génétique médicale (1,8%), gériatrie (3,1%), hématologie (4,8%) et réanimation médicale (8,6%) à la différence d'autres spécialités comme gynécologie médicale (73,4%), ophtalmologie (69,7%) et médecine générale (62,5%) ayant une part importante d'exercice libéral.

En 2013, 1767 activités différentes étaient identifiées par les 1662 médecins spécialistes de SPMS mais 94,9% d'entre eux n'exercent qu'une seule activité ; la proportion des médecins « monoactivité » était significativement plus élevée chez les médecins spécialistes de SPMS que pour l'ensemble des médecins (94,9% *versus* 81,6% $p < 0,0001$). La moitié de ces activités étaient regroupées sous l'intitulé « autre secteur » correspondant en fait aux modes d'exercice salarié autre que les établissements de santé publics ou privés (tableau 2).

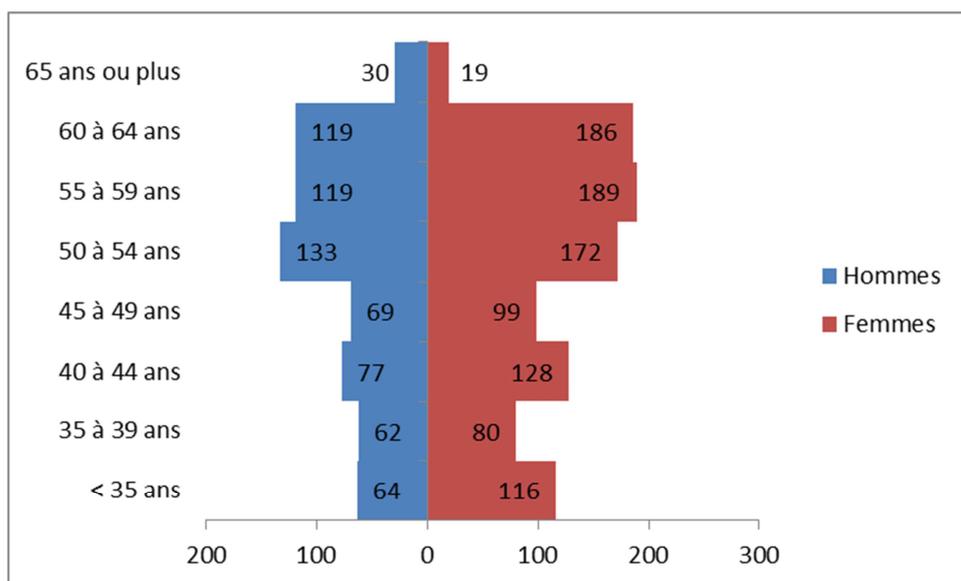
Tableau 2 : Activités exercées par les spécialistes de santé publique et médecine sociale par secteur d'activité en France au 01/01/2013

Secteur d'activité	Activités	
	n	%
Hôpital public	661	37,4%
ESPIC	23	1,3%
Etablissement privé	21	1,2%
Centre de santé	26	1,5%
Cabinet libéral	23	1,3%
Prévention	204	11,5%
Autre secteur	809	45,8%
Total	1767	100,0%

1.3.2 Age et sexe

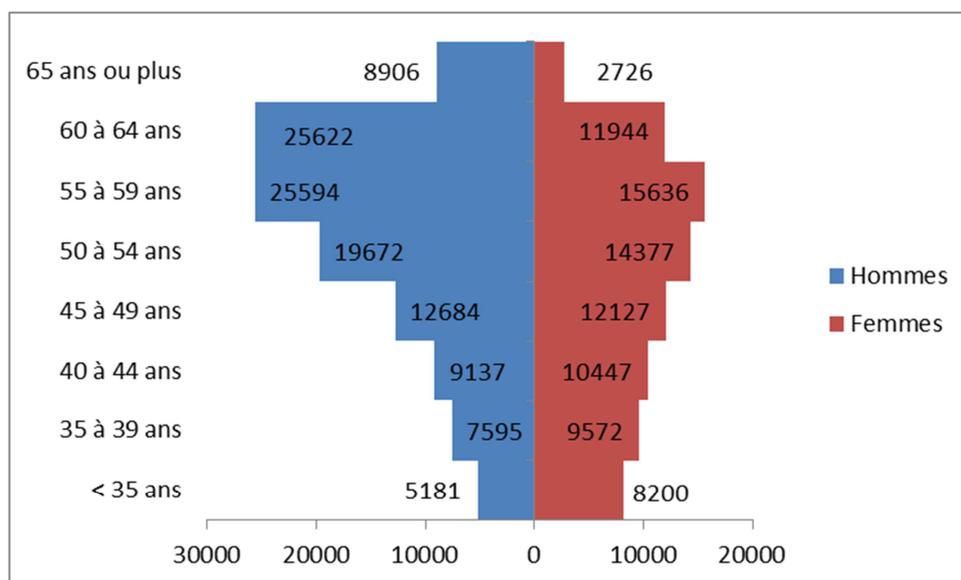
Au 1^{er} janvier 2013, l'âge moyen des médecins de SPMS était inférieur à celui de l'ensemble des médecins en France (49,9 *versus* 51,3 ans). La Figure 1 représente la distribution selon l'âge et le sexe des médecins de SPMS en France au 1^{er} janvier 2013.

Figure 1 Pyramide des âges des médecins de SPMS en France au 01/01/2013



La Figure 2 représente la distribution selon l'âge et le sexe de l'ensemble des médecins en France au 1^{er} janvier 2013.

Figure 2 : Pyramide des âges des médecins en France au 01/01/2013



Comme pour l'ensemble des médecins, la répartition selon l'âge des médecins de SPMS en 2013 en France montrait une prédominance des 50 ans et plus à la fois chez les hommes et les femmes. Dans toutes les classes d'âge, la proportion plus élevée de femmes que d'hommes observée pour la spécialité était différente de celle de l'ensemble des médecins, suggérant le caractère plus ancien de la féminisation de la profession.

1.3.3 Répartition régionale

La densité nationale des médecins de SPMS en France au 1^{er} janvier 2013 était de 2,5 pour 100 000 habitants.

Tableau 3 : Effectifs et densités (D) des médecins par région en France au 01/01/2013

	Population		Médecins SPMS		Ensemble des médecins	
	n	n	densité	n	densité	
Alsace	1 857 477	44	2,37	6533	351,71	
Aquitaine	3 286 605	84	2,56	11551	351,46	
Auvergne	1 352 619	34	2,51	4121	304,67	
Basse-Normandie	1 480 171	26	1,76	4301	290,57	
Bourgogne	1 646 600	36	2,19	4758	288,96	
Bretagne	3 249 815	66	2,03	10061	309,59	
Centre	2 562 227	39	1,52	6835	266,76	
Champagne-Ardenne	1 333 163	24	1,80	3773	283,01	
Corse	316 578	2	0,63	941	297,24	
Franche-Comté	1 179 374	25	2,12	3571	302,79	
Haute-Normandie	1 850 685	36	1,95	5060	273,41	
Ile-de-France	11 914 812	464	3,89	47491	398,59	
Languedoc-Roussillon	2 686 054	65	2,42	9845	366,52	
Limousin	746 230	24	3,22	2524	338,23	
Lorraine	2 356 585	66	2,80	7166	304,08	
Midi-Pyrénées	2 929 285	92	3,14	10151	346,54	
Nord - Pas de Calais	4 049 685	62	1,53	12491	308,44	
Pays de la Loire	3 630 139	53	1,46	10224	281,64	
Picardie	1 924 607	22	1,14	4959	257,66	
Poitou-Charentes	1 789 711	30	1,68	5267	294,29	
Provence - Alpes - Côte d'Azur	4 924 439	138	2,80	20172	409,63	
Rhône-Alpes	6 342 330	169	2,66	21432	337,92	
Antilles - Guyane	1 033 798	35	3,39	2506	242,41	
Océan indien	1 050 513	26	2,47	2563	243,98	
Métropole + DOM	65 493 502	1662	2,54	218296	333,31	

Le tableau 3 donne pour chaque région administrative française la densité médicale globale et celle des médecins de SPMS pour 100 000 habitants.

Les densités de l'ensemble des médecins et celle des médecins de SPMS étaient corrélées positivement ($r = 0,49$) : dans les régions où la densité médicale était globalement forte, celle des médecins de SPMS l'était aussi (figure 3).

Figure 3 : Corrélation entre les densités de médecins de SPMS et de l'ensemble des médecins selon les régions

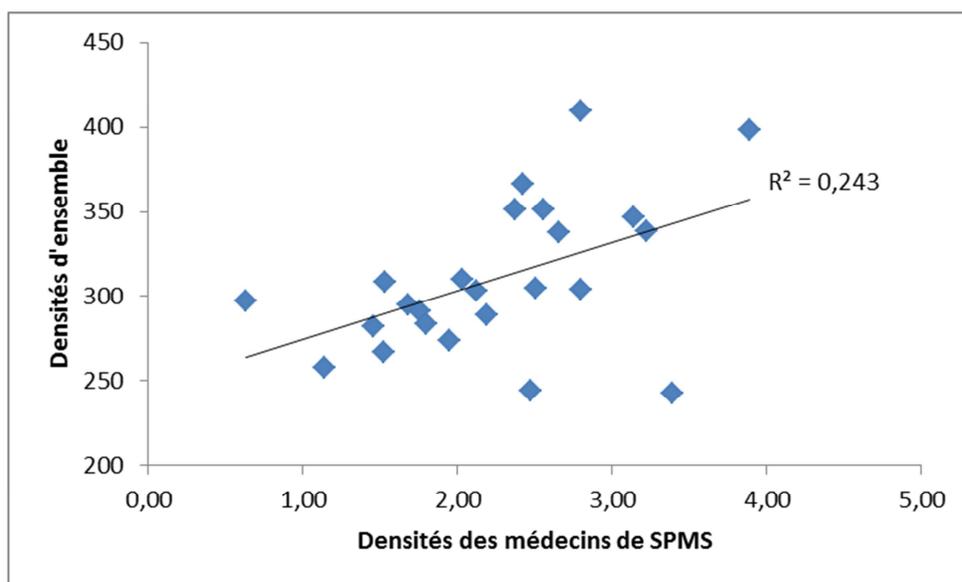


Tableau 4 : comparaison des densités observées dans chaque région française par rapport à la densité nationale (01/01/2013)

	Population	Densité/100000 hab	Effectifs observés	Effectifs attendus	p
Corse	316578	0,63	2	8	4,54
Picardie	1924607	1,14	22	49	14,79
Pays de la Loire	3630139	1,46	53	92	16,67
Centre	2562227	1,52	39	65	10,45
Nord - Pas de Calais	4049685	1,53	62	103	16,23
Poitou-Charentes	1789711	1,68	30	45	5,26
Basse-Normandie	1480171	1,76	26	38	3,58
Champagne-Ardenne	1333163	1,80	24	34	2,87
Haute-Normandie	1850685	1,95	36	47	2,58
Bretagne	3249815	2,03	66	83	3,32
Franche-Comté	1179374	2,12	25	30	0,82
Bourgogne	1646600	2,19	36	42	0,81
Alsace	1857477	2,37	44	47	0,21
Languedoc-Roussillon	2686054	2,42	65	68	0,15
Océan indien	1050513	2,47	26	27	0,02
Auvergne	1352619	2,51	34	34	0,00
Aquitaine	3286605	2,56	84	83	0,00
Rhône-Alpes	6342330	2,66	169	161	0,39
Lorraine	2356585	2,80	66	60	0,63
Provence - Alpes - Côte d'Azur	4924439	2,80	138	125	1,33
Midi-Pyrénées	2929285	3,14	92	74	4,16
Limousin	746230	3,22	24	19	1,34
Antilles - Guyane	1033798	3,39	35	26	2,91
Ile-de-France	11914812	3,89	464	303	86,04
Métropole + DOM	65493502	2,54	1662	1664	0,00

La densité était statistiquement plus élevée que la densité nationale pour 2 régions : l'Ile-de-France et la région Midi-Pyrénées et elle était à l'inverse statistiquement inférieure à la moyenne nationale pour les 6 régions ayant les plus faibles densités régionales : Corse, Picardie, Pays de la Loire, Centre, Nord - Pas de Calais et Poitou-Charentes (tableau 4).

La répartition de ces médecins était disparate selon les régions, variant de plus de 1 à 3 (Figure 4). Plus d'un quart des médecins de SPMS exerçaient en Ile de France (28%) et plus de la moitié (51,5%) étaient concentrés dans 4 régions dans lesquelles la densité dépassait la valeur nationale de plus de 10%: Ile-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'azur et Midi-Pyrénées. A l'inverse, 8 des 9 régions périphériques à l'Ile de France étaient caractérisées par une densité d'au moins 20% inférieure à la densité nationale.

Figure 4 : Densité des médecins de SPMS selon les régions par comparaison avec la densité nationale en France au 1^{er} janvier 2013

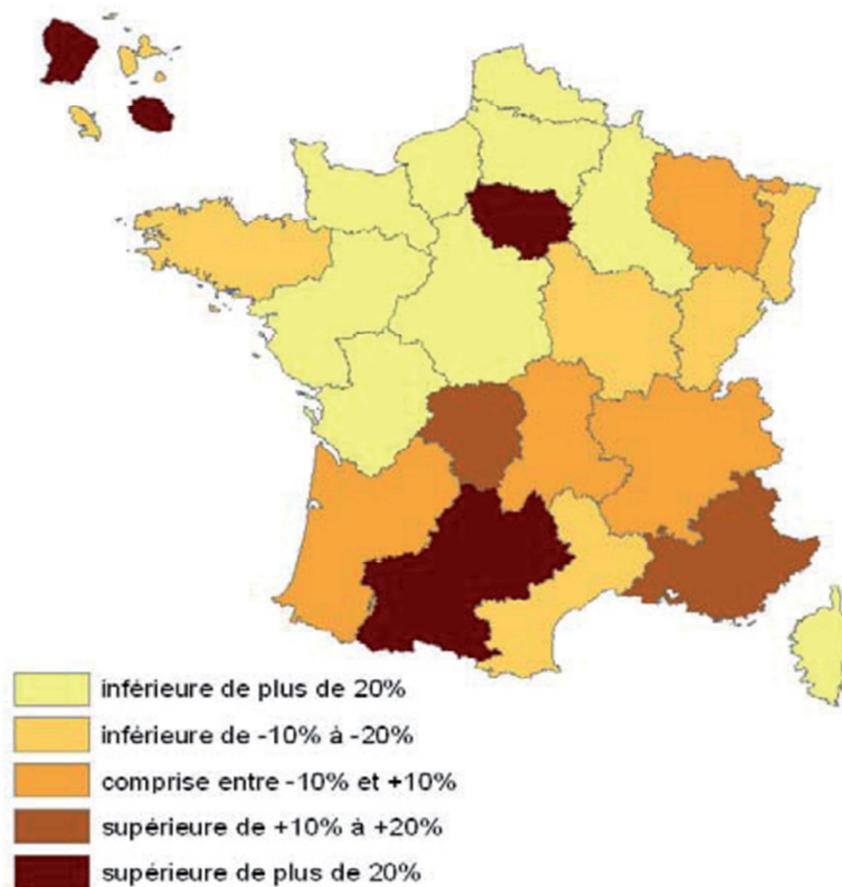


Tableau 5 : Répartition par tranches d'âge et par région des médecins de SPMS en France en 2013

	Total	< 40 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	> 55 ans	P
	n						> 55 ans
Alsace	44	20,4%	6,8%	9,1%	27,3%	36,3%	0,14
Aquitaine	84	846,1%	14,3%	9,5%	20,2%	34,5%	0,59
Auvergne	34	17,6%	11,8%	14,7%	11,8%	44,1%	0,16
Basse-Normandie	26	23,0%	15,4%	7,7%	23,1%	30,8%	0,53
Bourgogne	36	27,8%	11,1%	2,8%	22,2%	36,1%	0,12
Bretagne	66	12,1%	15,2%	6,1%	16,7%	50,0%	1,73
Centre	39	20,5%	10,3%	10,3%	20,5%	38,5%	0,02
Champagne-Ardenne	24	8,3%	25,0%	16,7%	16,7%	33,4%	0,25
Corse	2	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	1,82
Franche-Comté	25	4,0%	16,0%	16,0%	20,0%	24,0%	1,57
Haute-Normandie	36	22,3%	11,1%	16,7%	11,1%	38,9%	0,01
Ile-de-France	464	20,0%	12,9%	11,4%	19,0%	36,7%	1,12
Languedoc-Roussillon	65	18,5%	7,7%	6,2%	18,5%	49,2%	1,44
Limousin	24	20,8%	4,2%	4,2%	12,5%	58,3%	2,06
Lorraine	66	24,2%	12,1%	4,6%	12,1%	47,0%	0,86
Midi-Pyrénées	92	19,6%	17,4%	8,7%	22,8%	31,6%	1,55
Nord - Pas de Calais	62	29,1%	11,3%	12,9%	11,3%	35,5%	0,29
Pays de la Loire	53	28,3%	13,2%	15,1%	20,8%	22,7%	3,89
Picardie	22	31,8%	4,5%	18,2%	13,6%	31,8%	0,35
Poitou-Charentes	30	26,7%	13,3%	13,3%	10,0%	36,7%	0,07
Provence - Alpes - Côte d'Azur	138	16,7%	12,3%	10,1%	21,0%	39,8%	0,00
Rhône-Alpes	169	15,4%	10,1%	9,5%	17,8%	47,3%	2,39
Antilles - Guyane	35	14,3%	11,4%	5,7%	17,1%	51,4%	1,18
Océan indien	26	0,0%	11,5%	3,9%	19,2%	65,4%	4,28
Métropole + DOM	1662	19,4%	12,3%	10,1%	18,4%	39,8%	

La répartition des médecins de SPMS par tranches d'âge et par région figure dans le tableau 5. Pour la classe d'âge des 55 ans et plus, cette répartition était relativement homogène sur le territoire : seul l'Océan Indien avait une proportion de médecins de SPMS âgés de plus de 55 ans supérieure à la moyenne nationale et une proportion de médecins de SPMS de moins de 40 ans inférieure à la moyenne nationale. La région Pays de la Loire avait significativement moins de médecins de SPMS âgés de moins de 55 ans.

Il n'a pas été mis en évidence de corrélation statistiquement significative entre la proportion de médecins âgés de 55 ans et plus et la densité des médecins de SPMS. Autrement dit, là où les médecins de SPMS sont les plus nombreux, ils ne sont pas plus âgés.

Tableau 6 : Répartition des médecins SPMS par régions et secteurs d'activités (au 1er janvier 2012)

	Salariés en établissement de santé		Autres salariés		Libéraux		Total
	n	%	n	%	n	%	
Alsace	17	40,5%	25	59,5%	0	0,0%	42
Aquitaine	34	41,0%	47	56,6%	2	2,4%	83
Auvergne	15	40,5%	21	56,8%	1	2,7%	37
Basse-Normandie	17	63,0%	9	33,3%	1	3,7%	27
Bourgogne	21	56,8%	16	43,2%	0	0,0%	37
Bretagne	23	34,3%	43	64,2%	1	1,5%	67
Centre	22	53,7%	19	46,3%	0	0,0%	41
Champagne-Ardenne	13	52,0%	11	44,0%	1	4,0%	25
Corse	0	0,0%	2	100%	0	0,0%	2
Franche-Comté	7	28,0%	18	72,0%	0	0,0%	25
Haute-Normandie	16	47,1%	18	52,9%	0	0,0%	34
Ile-de-France	152	33,0%	304	66,1%	4	0,9%	460
Languedoc-Roussillon	25	43,9%	32	56,2%	0	0,0%	57
Limousin	8	36,4%	14	63,6%	0	0,0%	22
Lorraine	20	33,3%	40	66,7%	0	0,0%	60
Midi-Pyrénées	34	37,0%	57	62,0%	1	1,1%	92
Nord - Pas de Calais	27	46,6%	30	51,7%	1	1,7%	58
Pays de la Loire	26	51,0%	24	47,1%	1	2,0%	51
Picardie	10	50,0%	10	50,0%	0	0,0%	20
Poitou-Charentes	15	48,4%	16	51,6%	0	0,0%	31
PACA	48	32,9%	93	63,7%	5	3,4%	146
Rhône-Alpes	69	40,6%	97	57,1%	4	2,4%	170
Antilles - Guyane	11	34,4%	21	65,6%	0	0,0%	32
Océan indien	3	11,5%	23	88,5%	0	0,0%	26
Métropole et DOM	633	38,5%	990	60,2%	22	1,3%	1645

Il n'a été mis en évidence aucune différence significative entre les modes d'exercice dans chaque région par rapport à la moyenne nationale.

1.4 Evolutions récentes de la démographie des médecins de SPMS en France

1.4.1 Effectifs de médecins de SPMS en exercice

De 2009 à 2013, les effectifs des médecins de SPMS ont progressé de 1275 à 1662, soit + 5,8% par an en moyenne. Cette augmentation a été plus rapide que pour l'ensemble des médecins. La part des femmes restait stable dans cette période (tableau 7).

Tableau 7 : Evolution de l'effectif de médecins de santé publique et médecine sociale en France (2009-2013)

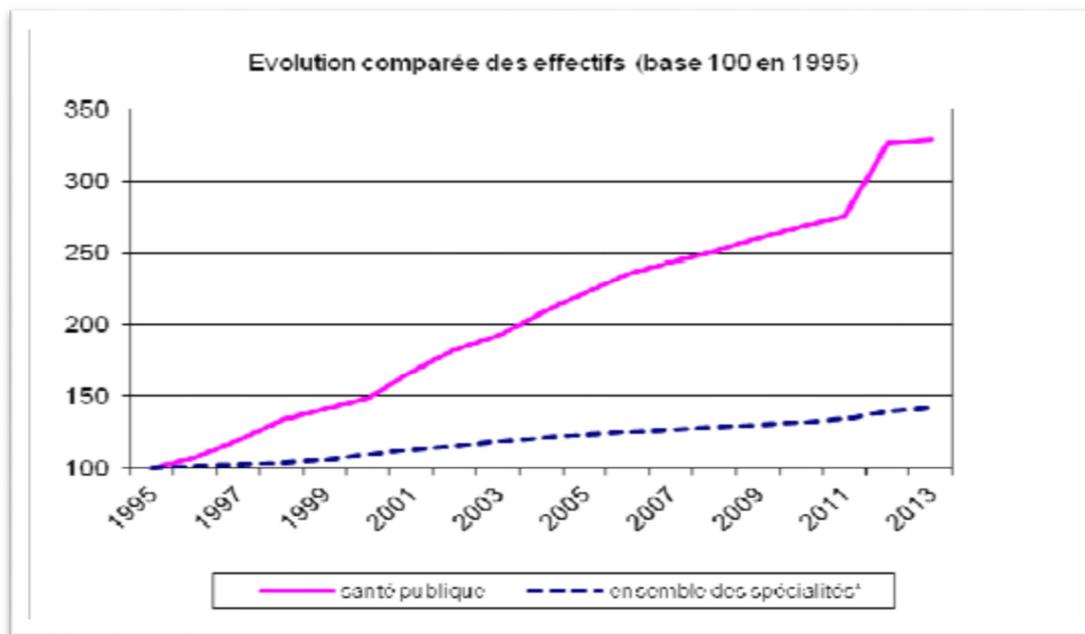
Année*	Médecins de SPMS	dont femmes	Variation	% de l'ensemble des médecins
2009	1275	59,7%		0,61%
2010	1305	60,4%	+30	0,62%
2011	1341	60,7%	+36	0,63%
2012	1645	59,3%	+304 ¹	0,76%
2013	1662	59,5%	+17	0,76%

*Au 1^{er} janvier

Entre 1995 et 2013 (figure 5), l'effectif des médecins spécialistes de SPMS a évolué deux fois plus vite que l'effectif de l'ensemble des médecins.

¹ La rupture observée entre 2011 et 2012 correspond au passage du répertoire ADELI au répertoire RPPS et résulte d'un enregistrement plus exhaustif des médecins de SPMS.

Figure 5 : Evolution des effectifs des médecins de santé publique de des autres spécialités (1995 – 2013) en France Métropolitaine



(Source DREES : les Médecins au 1^{er} janvier 2013 en France)

1.4.2 Recrutement de nouveaux médecins de SPMS

Le nombre de postes de DES de SPMS offerts aux candidats à l'issue des ECN variait de 60 à 91 de 2005 à 2013, avec successivement un plateau autour de 70 de 2005 à 2009 puis un plateau un peu supérieur (80 à 90) de 2010 à 2013 (figure 6).

Figure 6 : Nombre de postes offerts aux ECN de 2005 à 2013

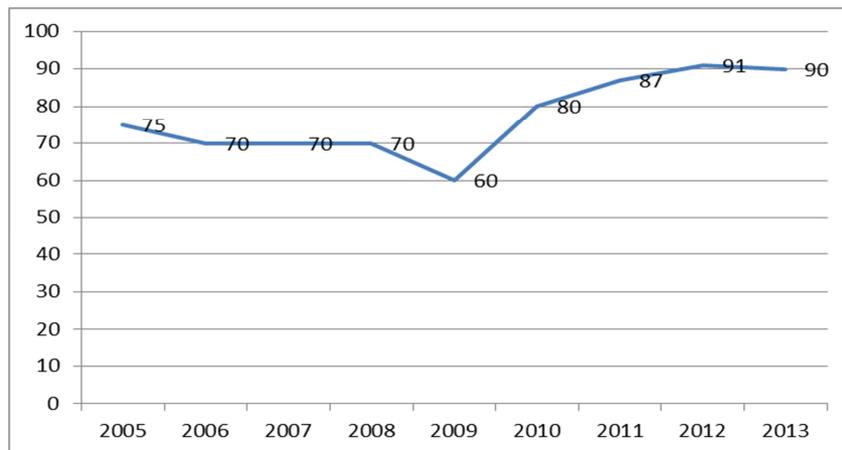


Tableau 8 : Postes offerts en SPMS à l'issue des ECN de 2004 à 2013 par rapport à la totalité des postes et nombre de nouveaux inscrits dans la spécialité 4 ans plus tard

Année de l'ECN	Offerts en SPMS	Total offerts	% SPMS	Pourvus	% pourvus sur offerts	Nouveaux inscrits en SPMS ²
2005	75	3 988	1,9%	70	93,3%	50
2006	70	4 803	1,5%	70	100%	51
2007	70	4 760	1,5%	70	100%	58
2008	70	5 366	1,3%	68	97,1%	60
2009	60	5 704	1,1%	47	78,3%	NC
2010	80	6 186	1,3%	66	82,5%	NC
2011	87	6 839	1,2%	75	86,2%	NC
2012	91	7 592	1,2%	76	83,5%	NC
2013	90	7 502	1,2%	NC	NC	NC

NC : non classés

La progression annuelle des postes de DES de SPMS était plus faible que celle de l'ensemble des DES de 2004 à 2013 (tableau 8). Si le nombre de postes proposés a augmenté depuis 2009, le nombre de postes pourvus a diminué. Le nombre d'inscrits au CNOM était tous les ans inférieur au nombre de postes pourvus.

1.4.3 Evolutions régionales

Le nombre de médecins de SPMS a augmenté en France sur la période 2009-2013, mais la situation n'était pas uniforme sur le territoire. Certaines régions ont vu le nombre de leurs médecins de SPMS diminuer sur la même période (tableau 9).

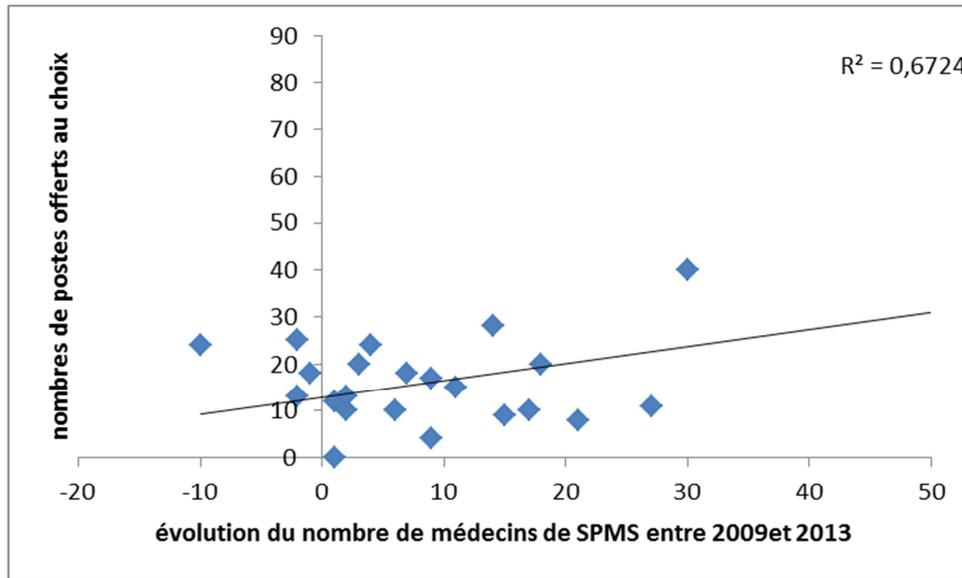
² Au CNOM 4 ans plus tard

Tableau 9 : Evolution des effectifs et des densités des médecins de SPMS par région sur la période 2009-2013

	Densité		Effectifs					Evolution			Postes*	
	2009	2013	2009	2010	2011	2012	2013	observée	attendue	%	n	
Alsace	2,08	2,37	38	33	34	42	44	6	10	+16	10	
Aquitaine	2,22	2,56	70	61	63	83	84	14	19	+20%	28	
Auvergne	1,72	2,51	23	26	28	37	34	11	6	+48%	15	
Basse-Normandie	1,85	1,76	27	28	26	27	26	-1	7	-4%	18	
Bourgogne	1,29	2,19	21	21	21	37	36	15	6	+71%	9	
Bretagne	2,44	2,03	76	77	79	67	66	-10	21	-13%	24	
Centre	0,87	1,52	22	23	23	41	39	17	6	+77%	10	
Champagne-Ardenne	1,72	1,80	23	26	22	25	24	1	6	+4%	12	
Corse	0,34	0,63	1	2	2	2	2	1	0	+100%	0	
Franche-Comté	1,99	2,12	23	23	23	25	25	2	6	+9%	10	
Haute-Normandie	1,49	1,95	27	25	25	34	36	9	7	+33%	17	
Ile-de-France	2,51	3,89	292	318	339	460	464	172	79	+59%	78	
Languedoc-Roussillon	1,72	2,42	44	40	40	57	65	21	12	+48%	8	
Limousin	2,05	3,22	15	15	15	22	24	9	4	+60%	4	
Lorraine	2,70	2,80	63	64	65	60	66	3	17	+5%	20	
Midi-Pyrénées	3,35	3,14	94	97	97	92	92	-2	25	-2%	13	
Nord - Pas de Calais	1,09	1,53	44	39	41	58	62	18	12	+41%	20	
Pays de la Loire	1,41	1,46	49	51	52	51	53	4	13	+8%	24	
Picardie	0,79	1,14	15	15	18	20	22	7	4	+47%	18	
Poitou-Charentes	1,61	1,68	28	28	31	31	30	2	8	+7%	13	
Provence - Alpes - Côte d'Azur	2,88	2,80	140	144	148	146	138	-2	38	-1%	25	
Rhône-Alpes	2,29	2,66	139	149	149	170	169	30	38	+22%	40	
Antilles - Guyane Océan indien	1,88	2,93	34	28	29	58	61	27	9	+79%	11	
Métropole	2,06	2,52	1275	1305	1341	1587	1601	326	326	+26%	427	
Métropole et DOM	2,06	2,54	1308	1333	1370	1645	1662	354	354	+27%	438	

* nombre de postes offerts aux nouveaux internes à l'issue des ECN sur la période 2009-2013

Figure 7 : Corrélation entre l'évolution du nombre de médecins de SPMS et le nombre de postes offerts aux choix à l'issue des ENC entre 2009 et 2013 en France



Il existait une corrélation positive significative entre l'évolution du nombre de médecins de SPMS et le nombre de postes proposés aux nouveaux internes à l'issue des choix des ENC ($r=0,82$, $p=52,56$). Là où le nombre de postes proposés étaient élevés, l'augmentation de l'effectif était plus importante (figure 7).

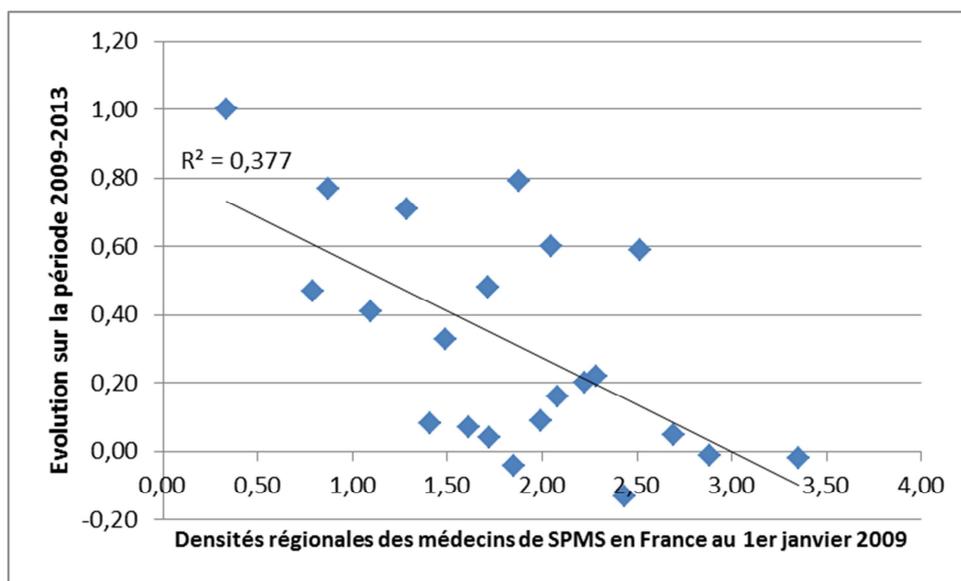
Parmi les régions ayant connu une augmentation plus rapide que la moyenne nationale, on retrouve certaines régions qui avaient en 2009 une densité parmi les plus faibles pour la spécialité : l’Auvergne, la Picardie, la Bourgogne, le Centre. Les régions qui avaient en 2009 une densité de médecins de SPMS supérieure à la moyenne nationale ont vu leurs effectifs s’accroître de manière significative moins vite que la moyenne nationale entre 2009 et 2013 (tableau 11).

Tableau 10 : Comparaison de l’évolution des effectifs de médecins de SPMS par régions sur la période 2009-2013

	Evolution 2009-2013		
	%	n	p
Bretagne	-13%	-10	45,39
Basse-Normandie	-4%	-1	9,43
Midi-Pyrénées	-2%	-2	29,54
Provence - Alpes - Côte d'Azur	-1%	-2	41,91
Champagne-Ardenne	4%	1	4,37
Lorraine	5%	3	11,54
Poitou-Charentes	7%	2	4,09
Pays de la Loire	8%	4	6,44
Franche-Comté	9%	2	2,85
Alsace	16%	6	1,77
Aquitaine	20%	14	1,27
Rhône-Alpes	22%	30	1,51
Haute-Normandie	33%	9	0,40
Nord - Pas de Calais	41%	18	3,15
Picardie	47%	7	2,15
Auvergne	48%	11	3,69
Languedoc-Roussillon	48%	21	7,00
Ile-de-France	59%	172	110,08
Limousin	60%	9	6,05
Bourgogne	71%	15	15,35
Centre	77%	17	20,59
Antilles - Guyane	79%	27	34,59
Océan indien			
Corse	100%	1	1,97 (<i>ns</i>)
Métropole et DOM	27%	354	0,00

Il existait une corrélation statistiquement significative entre la vitesse d'évolution durant la période 2009-2013 et la densité de médecins de SPMS en 2009 ($r=-0,61$; $t=16,05$) : plus la densité des médecins de SPMS était faible en 2009, plus la vitesse d'évolution a été rapide sur la période 2009-2013 (figure 8).

Figure 8 : Corrélation entre les densités régionales de médecins de SPMS en 2009 et la vitesse d'évolution sur la période 2009-2013 en France



Le tableau 11 montre l'évolution des modes d'exercice des médecins de SPMS par région de 2009 à 2012.

Tableau 11 : Evolution des principaux modes d'exercice des médecins de SPMS salariés par région (2009 – 2012)

	Etablissements de santé		Autres		Effectifs	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012
Alsace	57,9%	40,5%	39,5%	59,5%	38	42
Aquitaine	44,3%	41,0%	57,1%	56,6%	70	83
Auvergne	52,2%	40,5%	47,8%	56,8%	23	37
Basse-Normandie	66,7%	63,0%	33,3%	33,3%	27	27
Bourgogne	71,4%	56,8%	16,1%	43,2%	21	37
Bretagne	34,2%	34,3%	64,5%	64,2%	76	67
Centre	36,4%	53,7%	0,7%	46,3%	22	41
Champagne-Ardenne	69,6%	52,0%	26,1%	44,0%	23	25
Corse	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	1	2
Franche-Comté	47,8%	28,0%	52,2%	72,0%	23	25
Haute-Normandie	63,0%	47,1%	33,3%	52,9%	27	34
Ile-de-France	47,3%	33,0%	51,4%	66,1%	292	460
Languedoc-Roussillon	40,9%	43,9%	56,8%	56,1%	44	57
Limousin	53,3%	36,4%	46,7%	63,6%	15	22
Lorraine	42,9%	33,3%	57,1%	66,7%	63	60
Midi-Pyrénées	39,4%	37,0%	59,6%	62,0%	94	92
Nord - Pas de Calais	54,6%	46,6%	45,5%	51,7%	44	58
Pays de la Loire	57,1%	51,0%	42,9%	47,1%	49	51
Picardie	46,7%	50,0%	53,3%	50,0%	15	20
Poitou-Charentes	46,4%	48,4%	53,6%	51,6%	28	31
Provence - Alpes - Côte d'Azur	43,6%	32,9%	55,0%	63,7%	140	146
Rhône-Alpes	43,2%	40,6%	55,4%	57,1%	139	170
DOM	32,4%	29,2%	91,7%	91,7%	34	48
Métropole	46,9%	39,0%	52,1%	59,6%	1275	1587
Métropole + DOM	46,6%	38,5%	52,5%	60,2%	1308	1645

Les régions qui avaient en 2009 un taux de salariés en établissement hospitalier supérieur à la moyenne nationale ont vu entre 2009 et 2013 ce nombre diminuer.

1.5 Prospective

La répartition par classe d'âge des médecins de SPMS actuellement en exercice et le nombre de médecins formés sur les 10 prochaines années nous permettent d'avoir une idée sur l'évolution de la démographie des médecins de SPMS.

1.5.1 Au niveau national

Pour la période 2013-2018, le nombre d'internes à former a été fixé à 461. Actuellement, la durée du DES est de 4 ans, auxquels se rajoute souvent une année de formation supplémentaire en Master 2, amenant ainsi la durée de la formation à 5 ans. On a donc estimé que les médecins de SPMS formés par la voie du DES débiteront leur exercice entre 2017 et 2023. L'âge actuel de départ à la retraite se situe aujourd'hui aux alentours de 65 ans. Ainsi sur la période 2017-2023, ce sont les médecins aujourd'hui âgés de 55 ans et plus qui sont susceptibles de partir à la retraite. Il y avait dans notre étude 671 médecins âgés de 55 ans et plus.

1.5.2 Au niveau régional

Le nombre de postes est fixé pour chaque région administrative. Le tableau 12 donne pour chaque région administrative le nombre de postes offerts au choix sur la période 2013-2018 et le nombre de médecins de SPMS actuellement âgés de plus de 55 ans. La prospective du nombre de médecins de SPMS n'était pas homogène sur tout le territoire. Malgré une diminution globale au niveau national, la projection mettait en évidence une augmentation du nombre de médecins de SPMS dans des régions où la densité actuelle de médecins de santé publique était faible, inférieure à 1,8 médecin pour 100 000 habitants : Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Pays de la Loire, Picardie et Poitou-Charentes. A l'inverse une diminution significative était à prévoir en Ile-de-France (-20%) où la densité est actuellement supérieure à 3 médecins de SPMS pour 100 000 habitants.

Tableau 12 : Nombre de postes offerts au choix sur la période 2013-2018 et nombre actuel de médecins de SPMS âgés de plus de 55 ans en France

	D	Internes formés en 2013-2018	Médecins SPMS >55 ans	Différence
	2013	n	n	n
Alsace	2,37	10	16	-6
Aquitaine	2,56	30	29	1
Auvergne	2,51	17	15	2
Basse-Normandie	1,76	18	8	10
Bourgogne	2,19	10	13	-3
Bretagne	2,03	32	33	-1
Centre	1,52	10	15	-5
Champagne-Ardenne	1,80	12	8	4
Corse	0,63	0	2	-2
Franche-Comté	2,12	10	11	-1
Haute-Normandie	1,95	20	14	6
Ile-de-France	3,89	80	170	-90
Languedoc-Roussillon	2,42	10	32	-22
Limousin	3,22	5	14	-9
Lorraine	2,80	20	31	-11
Midi-Pyrénées	3,14	15	29	-14
Nord - Pas de Calais	1,53	20	22	-2
Pays de la Loire	1,46	25	12	13
Picardie	1,14	20	7	13
Poitou-Charentes	1,68	15	11	4
Provence - Alpes - Côte d'Azur	2,80	25	55	-30
Rhône-Alpes	2,66	42	80	-38
Antilles - Guyane	3,39	5	18	-13
Océan indien	2,47	10	17	-7
Métropole	2,52	446	627	-181
Métropole + DOM	2,54	461	661	-200

Discussion

a) *Le recueil de données*

Bien qu'elle ait eu pour ambition d'être exhaustive et de porter sur la totalité de la population des médecins de santé publique en France, notre étude s'est heurtée à un biais de mesure, notamment concernant l'étude des évolutions récentes de la démographie. Les données de notre étude antérieure à 2012 ont été recensées à partir du fichier ADELI, hors, ce fichier, s'il avait vocation à être exhaustif ne l'était pas pour les médecins de santé publique, comme nous l'avons vu, en grande majorité salariés et non contraints à y être répertoriés. Ainsi, l'augmentation très importante de plus de 300 médecins entre 2011 et 2012 n'est pas due à une réelle augmentation de leur nombre mais à un meilleur repérage de ceux-ci avec la mise en place du RPPS. Créé par le décret n°2009-134 du 6 février 2009 et l'arrêté du même jour, les finalités du RPPS sont *« d'identifier les professionnels de santé en exercice, ayant exercé ou susceptibles d'exercer, de suivre l'exercice de ces professionnels, de contribuer aux procédures de délivrance et de mise à jour des cartes de professionnel de santé, de permettre la réalisation d'études et de recherches ainsi que la production de statistiques relatives aux professionnels répertoriés à partir d'une base de référence anonymisée et de mettre les données librement communicables à disposition du public au moyen d'un service de communication sous forme électronique. »* Ce répertoire a concerné dans un premier temps les professions médicales dotées d'un ordre et est opérationnel pour les médecins depuis le 3 novembre 2011. Il l'était depuis 2010 pour les pharmaciens et les sages-femmes et depuis juillet 2011 pour les chirurgiens-dentistes. L'intégration des autres professions de santé est à l'étude et devrait avoir lieu dans les années à venir.

Les données du RPPS sont gérées par l'ASIP-Santé et sont élaborées à partir d'une confrontation des données de l'Ordre des Médecins, de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et du Centre National de Gestion. Chaque professionnel se voit attribuer un numéro RPPS pérenne. Le RPPS est donc une base de données qui renseigne l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles du médecin qui doit y déclarer tout changement.

Ainsi nos données depuis 2012 se devaient d'être exhaustives. L'état de lieux au 1^{er} janvier 2013 ne devait souffrir à priori d'aucun biais de mesure.

Pour étudier l'évolution, on a choisi d'utiliser les données à partir de 2009 malgré le biais que représentait le changement de répertoire et ceci afin d'avoir une plus longue période et en supposant que la région d'exercice n'influe pas sur l'inscription au répertoire ADELI avant 2012. Cependant, les médecins de SPMS le moins souvent inscrits étaient les médecins

salariés d'autres structures que les établissements de santé, on peut donc supposer que la croissance de l'effectif des médecins de SMPS est surestimée dans les régions où la proportion de ces médecins était la plus importante.

b) Le nombre de médecins en exercice

Alors que notre chiffre se voulait exhaustif, des recherches ont mis en évidence des chiffres discordants.

La dernière mise à jour de l'annuaire des spécialistes de santé publique, tenu à jour par le Syndicat National des Spécialistes de Santé Publique (SNSP) de juin 2011 recensait 1801 spécialistes (38). La dernière mise à jour des fiches de certains membres pouvaient être très anciennes, ce qui pouvait expliquer cette surestimation, certains médecins plus en activité pouvaient encore y figurer. De plus, cet annuaire pouvait également prendre en compte des médecins, exerçant des activités de santé publique sans pour autant avoir la qualification de santé publique, par exemple, les Médecins Inspecteurs de Santé Publique ne sont pas tous spécialistes de santé publique (24). De plus, comme dit plus eux, l'analyse de l'évolution des effectifs sur la période 2009-2013 était à considérer avec précaution du fait du changement du système de repérage des médecins et certaines données ont pu être surestimées. Ainsi la dernière mise à jour de l'annuaire étant antérieure à la mise en place du RPPS, certains médecins pouvaient être spécialistes de SPMS, adhérents au SNSP sans pour autant être répertoriés dans ADELI.

Une mise à jour de cet annuaire serait intéressante.

Le nombre de nouveaux inscrits au conseil de l'ordre sur la période 2009-2011 était inférieur au nombre de postes pourvus à l'issue des ENC mais comme nous l'avons déjà dit, sur cette période, les médecins n'exerçant pas une activité clinique n'avaient pas l'obligation de figurer au fichier ADELI, et ainsi, un certain nombre de médecins de SPMS ont pu ne pas être enregistrés.

c) L'âge des médecins de santé publique

La spécialité de santé publique et médecine sociale était plus jeune que la moyenne des médecins en France. Il s'agit d'une jeune spécialité née en 1984, ainsi les premiers médecins formés par la voie universitaire ont aujourd'hui aux alentours 55 ans. On pouvait supposer que les médecins âgés de plus de 55 ans sur notre pyramide des âges étaient issus d'une autre voie que la voie du DES. Le nombre de poste en constante augmentation contribuait également à diminuer la moyenne d'âge de ces médecins.

La comparaison de la répartition par classe d'âge dans les différentes régions administratives française a montré que celle-ci était relativement homogène sur le territoire. Il faut cependant noter la situation particulière de la région Pays de la Loire, seule région à avoir significativement moins de médecins de SPMS âgés de plus de 55 ans. La mise en parallèle de cette donnée avec la faible densité de ces médecins en 2009 permet de dire que l'évolution de la démographie des médecins de SPMS dans cette région va dans le sens d'une amélioration et d'un rapprochement de la densité nationale. La situation de l'Océan indien était moins favorable avec une proportion de médecins âgés significativement plus élevée et une proportion de médecins jeunes significativement plus faible.

Il n'a pas été mis en évidence de proportions significativement plus importante de « jeunes » médecins de SPMS dans les régions dans lesquelles on pouvait s'y attendre : l'Ile-France pour son importante capacité de formation³, ou encore les régions aquitaine ou Lorraine pour la présence d'une école doctorale.

d) *La féminisation*

Les femmes sont de plus en plus présentes en médecine (40), la santé publique ne fait pas exception à cette règle. Cependant, la féminisation de la profession est antérieure à la féminisation de la médecine en générale. Les femmes étaient surreprésentées dans toutes les tranches d'âge de la population contrairement à l'ensemble des médecins pour lesquels c'est le cas pour les médecins âgés de moins de 45 ans. Cela s'explique facilement par le fait que les femmes recherchent un mode d'exercice compatible avec une vie familiale, le métier de médecin de santé publique offre cette possibilité de par son mode d'exercice quasi exclusivement salarié et la quasi absence de contrainte de permanences de soins.

e) *Le mode d'exercice*

Dans les établissements de santé, les principales activités exercées par les médecins de SPMS sont les activités d'information médicale, d'hygiène hospitalière, de gestion des risques liés aux soins ou encore de recherche clinique. Les médecins salariés dans d'autres structures que les établissements de santé exercent dans les administrations publiques telles que les ARS ou encore dans les services médicaux de l'assurance maladie, des

³ On note en Ile-de-France une centaine de terrains de stage différents susceptibles d'accueillir des internes alors que la plupart des régions de province n'en possèdent qu'une dizaine.

associations telles que les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), des registres de morbidités tels que les registres des cancers ou d'autres structures dans le domaine de la promotion de la santé ou du dépistage. Les rares médecins de SPMS à avoir une activité libérale exerçaient une activité d'expert-consultant.

Alors que les premières enquêtes des années 1990 sur le devenir professionnel des anciens internes de santé publique (39) montraient que 85 % des anciens internes restaient dans le secteur public et que les principaux domaines investis étaient l'épidémiologie et l'information médicale, les secteurs d'activités se sont aujourd'hui considérablement élargis. Un certain nombre d'entre eux choisissaient de conserver une activité clinique, certainement pour assurer une pratique stable face au flou des informations et des débouchés qui existaient lors des premières années de création du DES. Une nouvelle enquête de ce type est actuellement en cours au sein du CLISP mais il semblerait que les jeunes médecins de santé publique exerçant une activité clinique soient devenus rares (17)

Au vue de ces données de la littérature, on pouvait s'attendre à ce que les régions dans lesquelles l'exercice en établissement de santé était majoritaire soient les régions où les médecins étaient les plus jeunes mais cela n'a pas pu être mis en évidence dans notre étude de manière statistiquement significative.

Une très faible part des médecins de SPMS exerçaient plusieurs activités. Cela pouvait s'expliquer par la nette prédominance de l'exercice salarié et la quasi absence d'exercice libérale. En effet, dans la population générale des médecins, ceux qui exercent plusieurs activités exercent en général en secteur libéral avec des interventions en milieu hospitalier.

La répartition régionale par mode d'exercice n'a pas montré de différence significative. On s'attendait à retrouver en Ile-de-France une proportion plus élevée de médecins exerçant dans d'autres structures que les établissements hospitaliers, du fait de la présence dans cette région des agences nationales mais bien que la proportion ait été supérieure, le test n'était pas été significatif.

f) La répartition sur le territoire

Nous avons choisi de ne pas standardiser nos données avec l'âge de la population. La standardisation des données est utilisée quand on présuppose que le phénomène est lié à l'âge. On peut s'interroger sur le lien entre les besoins en santé publique et l'âge de la population. Nous avons considéré que bien que différents selon les caractéristiques de la

population (âgée, jeune, immigrée, féminine, ...) les besoins en santé publique, difficiles à évaluer n'étaient pas liés à la structure d'âge de la population.

La répartition des médecins sur le territoire suivait la répartition de l'ensemble des médecins avec une particularité cependant : un quart d'entre eux exerçaient en Ile-de-France. Cette particularité s'expliquait par la présence en Ile-de-France des agences sanitaires (AFSSAPS, ANSES,...), et instituts (InVS, INPES,...) ou encore des associations caritatives nationales (ONG), mais également par la présence dans cette région d'un très grand nombre d'établissements hospitaliers. De plus, comme mentionné plus haut, la région Ile-de-France est une région attractive pour les ISP de par la multitude des terrains de stage qu'elle offre et des études ont montré que les médecins restaient préférentiellement dans la ville dans laquelle ils ont effectué leur internat (41), même si notre étude n'a pas mis en évidence de proportion plus élevée de jeunes médecins dans cette région. Le nombre de postes qui va être ouvert au choix à l'issue des ENC pour les 5 ans à venir en Ile-de-France est en diminution et inférieur au nombre de médecins susceptible de partir en retraite. On peut émettre l'hypothèse que la volonté des pouvoirs publics est d'attirer les jeunes médecins hors de la capitale, soit parce que les besoins en régions se sont accrus, peut être depuis la création des ARS, ou encore pour pallier à des manques actuels.

g) Les évolutions récentes

- i. Evolution récente du nombre de médecins : l'efficacité des processus de formation et de remplacement

Depuis 2005, le nombre de postes offerts aux nouveaux internes souhaitant s'engager dans la filière de SPMS est en augmentation et d'autant plus depuis 2009 même si cette progression est plus faible que pour l'ensemble des postes tous DES confondus. Cependant la proportion de postes non pourvus à l'issue des choix reste stable aux alentours de 85% soit près de 1 poste sur 5. De moins en moins d'internes sont donc formés chaque année. De plus, poste pourvu ne signifie pas nécessairement médecin en exercice 4 ou 5 ans plus tard comme le montre les chiffres de nouvelles inscriptions au CNOM 5 ans après. Un certain nombre d'internes quittent la formation en cours de route, certains pour faire valoir leur « droit au remord » comme le prévoit la loi, d'autres pour repasser les ECN. Dans ces situations, le poste reste alors vacant et non disponible pour d'autres qui auraient pu faire ce choix si celui-ci avait encore été possible à leur rang de classement. Il pourrait donc être possible d'augmenter l'efficacité du processus en augmentant le nombre de postes dans les régions les plus déficitaires afin de prendre compte ces postes « perdus » et ce d'autant plus

que dans chaque région, les capacités de formation sont supérieures au nombre d'internes admis (42).

Malgré le fait que l'évolution du nombre de postes offerts au choix à l'issue des ENC ait été moins rapide que pour l'ensemble des DES, l'évolution globale du nombre de médecins de SPMS en exercice a lui été plus rapide que la moyenne nationale. Le nombre d'internes formés ne suffisaient donc pas à expliquer le processus de remplacement des médecins, d'autres facteurs intervenaient, dont très probablement le nombre de médecins qualifiés par les voies ordinaires, non pris en compte dans notre étude et pouvant constituer un biais de mesure.

ii. Evolution de la répartition régionale

L'analyse par région a montré Les évolutions régionales récentes montraient une évolution des effectifs dans le sens de la compensation des inégalités : ainsi, la plupart des régions ayant les densités de médecins de SPMS les plus faible en 2009 ont vu leur nombre croître plus vite que la moyenne nationale. C'est le cas de l'Auvergne, de la Bourgogne, de la Haute-Normandie, du Centre, du Nord-pas-de-Calais, de la Picardie. Il y avait une corrélation positive entre le nombre de postes offerts et l'évolution des effectifs. Cependant, certaines régions à densité déjà faible n'ont pas su se rendre attractives pour les jeunes médecins de SPMS. Ainsi, les régions Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Pays de la Loire, Lorraine et Poitou-Charentes ont eu une croissance plus faible que la moyenne nationale. Certaines d'entre elles sont de petites régions, aux offres de formation peu diversifiées et donc peu choisies par les jeunes internes de SPMS. Ce n'est cependant pas le cas de la lorraine, région dynamique en SP dotée d'une école de SP. D'autres régions, et notamment l'Île-De-France ont eu une croissance plus rapide que la moyenne nationale malgré une densité déjà supérieure à la densité nationale, on suppose cependant que les besoins dans cette région sont supérieurs aux besoins sur le reste du territoire du fait de la présence des agences nationales.

Notre analyse ne tenait pas compte des médecins possiblement formés par la voie des qualifications ordinaires. Ce nombre tendait à diminuer sur la période 2009-2012 (36), ce qui pourrait signifier qu'un certain nombre de médecins ayant débuté leur exercice conjointement à la création du DES sont maintenant tous qualifiés, et que cette voie ne concernera à l'avenir qu'un petit nombre de médecins français ou étrangers.

L'étude de l'évolution des modes d'exercice par région a montré que partout, la tendance était à la correction des écarts. Dans toutes les régions, les évolutions se sont faites dans le

sens de se rapprocher de la proportion observée au niveau national même si ces chiffres n'étaient pas significatifs pour toutes les régions. Il existe donc une régulation des modes d'exercice, probablement due au fait que les exercices étant la plupart du temps salariés, les postes offerts sont fonction des besoins.

h) Prospective

Les derniers textes parus prévoyaient la formation de 461 médecins de SPMS entre 2013 et 2018 avec une durée de formation au moins égale à 4 ans et le plus souvent à 5 ans. Le nombre de médecins âgés de plus de 55 ans en 2013 et donc susceptible de prendre leur retraite d'ici à 2025 était de 671 médecins. Ainsi le nombre de médecins formés ne suffiraient pas à remplacer les départs.

Dans les régions où les besoins étaient présumés plus importants, c'est-à-dire celles où la densité était la plus faible en 2012 : Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Pays de la Loire, Lorraine et Poitou-Charentes, un nombre de postes supérieurs aux départs en retraite a été prévu, cependant actuellement, aucune régulation n'existe, et le nombre de postes proposés étant supérieurs aux nombres effectifs d'internes entrant en 3^{ème} cycle des études médicales, rien ne peut prévoir que les besoins dans ces régions seront couverts.

Notre prospective semblait donc prévoir une évolution dans le sens d'une meilleure répartition des médecins de SPMS sur le territoire et d'une correction des disparités régionales observées aujourd'hui plus que dans le sens d'une augmentation uniforme sur l'ensemble du territoire.

En 2009, la DREES a réalisé des projections à l'horizon 2030 (43). Cette projection prévoit une forte aussi du nombre des médecins de SPMS d'ici à 2030 (+47,8%) si les médecins maintiennent les mêmes choix qu'actuellement (scénario tendanciel), soit pour 2030 environ 2400 médecins de SPMS avec un chiffre intermédiaire en 2023 de 1900 médecins SPMS, supérieur à notre projection. Nos chiffres tenaient compte du chiffre actuel du nombre de médecins de SPMS au 1^{er} janvier 2013 alors que l'étude de la DREES partait du nombre de 2006, laissant ainsi supposer que l'accroissement des effectifs de la spécialité est moins important qu'attendu.

Ces chiffres nous ont permis de faire des suppositions sur les effectifs de médecins de SPMS au niveau national et régional, car même si à l'issue de son DES un jeune médecin est libre de partir exercer ou il le souhaite, la littérature nous indique que quelle que soit sa spécialité, il choisit, la plupart du temps d'exercer dans la région dans laquelle il a effectué sa

formation. Cependant, il ne nous était pas possible de faire des projections sur les modes d'activité des médecins, aucune régulation officielle n'existant à présent, même si le mode d'exercice, le plus souvent salarié constitue en lui-même une sorte de régulation, un médecin ne pouvant exercer que lorsque des postes lui sont offerts.

Conclusion

Jeune spécialité dans le paysage médical, la santé publique et médecine sociale a déjà vu son champ se modifier et surtout se diversifier depuis 20 ans. Il n'existe pas un seul métier de santé publique et cette diversité qui est l'une des richesses de cette spécialité la dessert également : il s'agit d'une spécialité peu connue par les jeunes internes à l'issue des ECN et encore peu choisie par ceux-ci.

Au 1^{er} janvier 2013, 1662 médecins inscrits au Conseil de l'Ordre exerçaient la spécialité de santé publique et médecine sociale, ils représentaient 0,76% de l'ensemble des médecins, 59,5% d'entre eux étaient des femmes et plus de 98% étaient salariés, pour la moitié d'entre eux en milieu hospitalier. Leur moyenne d'âge était de 49,9 ans. Plus d'un quart d'entre eux exercent en Île-de-France, et les disparités régionales observées sont les mêmes que celles de l'ensemble des médecins. Depuis 2009, la croissance de leur effectif a été plus rapide que celle de l'ensemble des médecins malgré un recrutement de nouveaux internes plus lent et les évolutions régionales allaient dans le sens de la correction des inégalités d'un point de vue de l'effectif mais aussi de leur répartition selon le mode d'exercice. La prospective d'ici à 2013 prévoyait une diminution de l'effectif global des spécialistes de SPMS mais une meilleure répartition de ceux-ci sur le territoire.

Les réponses apportées récemment et à venir semble en adéquation avec la situation actuelle et de nature à corriger les écarts. Cependant, de nombreux facteurs, outre le nombre de postes d'internes à former entrent en compte dans le renouvellement des générations antérieures, et particulièrement l'efficacité du processus de formation. En effet, ouvrir les postes nécessaires au remplacement des médecins retraités ne suffit pas, encore faut-il que les jeunes générations arrivent au terme de leur cursus après ce choix de poste et exercent dans la région de leurs études. De plus, la multiplicité des modes d'exercice en santé publique ne permet pas d'affirmer qu'un médecin retraité sera en effet remplacé par un autre dans le même domaine d'activités, posant ainsi la question de la nécessité d'un besoin de régulation.

Références

1. Winslow C.-E. The untilled fields of Public Health. *Science*. 9 January 1920 : 23-33.
2. Fassin, D. *Faire de la santé publique*. Rennes : éditions EHESP, 2008. p. 70.
3. Henrard, J - C. *Systèmes et politiques de santé*. Rennes : Editions ENSP, 1996.
4. Grimaud O., Pommier J. Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles. *Santé Publique*. 2007, Vol. 19, hs : 9-14.
5. Salomez J. *Introduction - de la santé publique aux professionnels de santé publique*. Dans *Médecins de santé publique*. Rennes : Editions de l'Ecole Nationale de Santé Publique, 2006. 460 p.
6. Schweyer F. Médecins, Pharmaciens, Ingénieurs. *Santé Publique*. 2007, Vol. Vol. 19 (hs) : 37-51.
7. Cassou B. La formation en santé publique : un domaine en mutation. *Actualités et dossiers en santé publique* ; 15 : 15-65.
8. Sournia, J.-C. *Pour une histoire de la santé publique*. Paris : s.n., 29 août - 3 septembre 1982. Actes du 28ème Congrès International d'Histoire de la Médecine.
9. Loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique. *JO*. 19 octobre 1902, p. 1173.
10. Grémy, F. les renoncements et l'impérialisme de l'état dans le domaine de la santé publique, une longue tradition. *Santé Publique*. 2002 ; 14 : 179-186.
11. Canniard P., Cheikh-Sidia A., Cocula D. *L'évolution des services déconcentrés pour la mise en oeuvre des politiques sanitaires et sociales*. Rapport de l'ENA. Paris : La documentation française ; 1995 : 405-509.
12. Loi no 2009-879 du 21 juillet 2009 "Hôpital, Patients, Santé, Territoire".
13. Cahier jurispratique spécial qualification. *médecins*. juillet- août 2013, n°30, pp. 13-20.
14. Cultes, ministère de l'Intérieur et des. circulaire du 19 juillet 1920 sur les conditions de la mise en vigueur de la loi du 15 février 1902.

15. Arrêté du 12 août 1937 sur les attributions des IDH. *JO*. 25 août 1937.
16. CLISP. Enquête sur le devenir professionnel des internes de santé publique. *Actualités et dossiers en santé publique*. mars 1995, 10, p. 9.
17. SP, Groupe de travail enquête médecins spécialistes. Protocole de l'enquête médecins spécialistes de santé publique. 25 novembre 2011.
18. Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et .
19. the, European Parliament. Directive of the European Parliament and of the Council on.
20. Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D, Kouchner B. *Traité de santé publique*. s.l. : Paris:Flammarion médecine-sciences, 2007.
21. Bréchat P, Salines E, Segouin C. *Médecins de santé publique*. Rennes : Ed. de l'Ecole Nationale de Santé Publique, 2006.
22. JORF. Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques. 53 décembre 1982. p. 3861.
23. Ministère de l'Education Nationale. Décret n°88-321 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. *JORF*. 8 avril 1988, p. 4650.
24. Bérard A. Les médecins spécialistes de santé publique. *Santé Publique*. hs/2007;19:53-60.
25. Ministère de l'Education Nationale, de la Jeunesse et des Sports et Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. Arrêté du 23 mai 1990 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. *JORF*. 6 juin 1990, p. 6629.
26. Heintzmann F, Vidal A, Chabot J, Brodin M, Lombrail P, Gottot S. Interne en santé publique : qui suis-je ? *La revue d'Education Médicale* ; 1986, ; 9 : 11-16.
27. Bricoteau D, Hoden S. *Une nouvelle spécialité médicale : la santé publique, pour quoi faire ? Débouchés pour les internes de santé publique en France en 1990, prospective*. Lille 2 : Thèse d'exercice : Médecine : santé publique, 1990. p. 185. n°1990LIL2M295.
28. ALVES DE REZENDE B. *La formation des internes de santé publique en France : offre et satisfaction*. Bordeaux : Thèse d'exercice : médecine : santé publique , 2011. p. 102. n°3107.

29. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
30. Ministère de l'Education Nationale et Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. Arrêté du 4 mai 1988 relatif aux diplômes d'études spécialisées de médecine, modifié par l'arrêté du 5 mars 1992. *JORF*. 8 mai 1988, pp. 6709-10.
31. Depoivre C, Libeau B, Bercelli P. *L'an 2000 de la santé publique*. Rennes : s.n., 1987 Jun027-28. Deuxième Assises Nationales des Internes de Santé Publique. p. 89.
32. ANEMF. *Guide de l'interne en médecine*. 2010.
33. Code de l'éducation ; D. n° 2003-76 du 23-1-2003 ; D. n° 2004-67 du 16-1-2004 ; avis du CNESER du 21-6-2004.
34. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et Ministère de la Santé. Article 12 de l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. 6 octobre 2004, p. 17076.
35. Arrêté du 23 aout 1947.
36. CNOM. *Etude comparative des voies de qualification des spécialités médicales*. 2013.
37. diplodata.u-bourgogne. [En ligne] [Citation : 7 octobre 2013.] <http://diplodata.u-bourgogne.fr/recherche>.
38. [En ligne] [Citation : 27 octobre 2013.] <http://s.n.s.p.free.fr/upload/Download/annualpha.htm>.
39. CLISP. Enquêtes sur le devenir professionnel des internes de santé publique. *actualités et dossiers en santé publique*. mars 1995, 10, p. 9.
40. Hardy-Dubernet, A-C. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? *Revue française des affaires sociales*. 2005 ; 1 : 35-58.
41. Vilain A., Niel X. Les inégalités régionales de densité médicale : le rôle de la mobilité des jeunes médecins. *Etudes et Résultats*. 30 septembre 1999.
42. Santé, Observatoire National de la Démographie des Professions de. *Le renouvellement des effectifs médicaux*. 2009 ; 152

43. ATTAL-TOUBERT, Kitty et VANDERSCHULDEN, Mélanie. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. *dossiers solidarités et santé*. 2009, n°12.

44. OMS, Bureau Régional du Pacifique Occidental,. *Fonctions essentielles de la Santé Publique : le rôle des ministères de la santé*. 2002.

45. SNSP. Annuaire professionnel. 2011.

Faculté de Médecine de TOURS

CABOT Marion

Thèse n°

521 pages – 8 figures – 12 tableaux

Résumé :

La spécialité de santé publique et médecine sociale est une jeune spécialité médicale née il y a vingt ans. Elle se différencie des autres spécialités médicales par l'objet de son étude qui n'est ni un organe, ni une entité nosologique ni un groupe défini par une tranche d'âge. En effet, la santé publique se définit communément aujourd'hui comme une discipline, pouvant être universitaire qui étudie l'état de santé d'une population et les interventions collectives visant à améliorer celle-ci. L'étendue de son champ d'étude et de ses fonctions, en essor constant en fait une entité multidisciplinaire dont les médecins ne sont pas les seuls intervenants.

Les objectifs de ce travail étaient, après avoir essayé de cerner les particularités de l'exercice médical en santé publique notamment au travers de son histoire, d'étudier la démographie de cette population médicale et d'en appréhender les évolutions récentes et la prospective. Pour cela, les données officielles de la DREES issues du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé depuis 2012 et du répertoire ADELI pour les années 2009 à 2011 ainsi que les données du ministère de la Santé relatives aux postes ouverts à l'issue des épreuves nationales classantes ont été utilisées et analysées.

Au 1^{er} janvier 2013, 1662 médecins inscrits au Conseil de l'Ordre exerçaient la spécialité de santé publique et médecine sociale, ils représentaient 0,76% de l'ensemble des médecins, 59,5% d'entre eux étaient des femmes et plus de 98% étaient salariés, pour la moitié d'entre eux en milieu hospitalier. Leur moyenne d'âge était de 49,9 ans. Plus d'un quart d'entre eux exercent en Île-de-France, et les disparités régionales observées sont les mêmes que celles de l'ensemble des médecins. Depuis 2009, la croissance de leur effectif a été plus rapide que celle de l'ensemble des médecins malgré un recrutement de nouveaux internes plus lent et les évolutions régionales allaient dans le sens de la correction des inégalités d'un point de vue de l'effectif mais aussi de leur répartition selon le mode d'exercice. La prospective d'ici à 2013 prévoyait une diminution de l'effectif global des spécialistes de SPMS mais une meilleure répartition de ceux-ci sur le territoire.

Les réponses apportées récemment et à venir semblent en adéquation avec la situation actuelle et de nature à corriger les écarts. Cependant, de nombreux facteurs, outre le nombre de postes d'internes à former entrent en compte dans le renouvellement des générations antérieures, et particulièrement l'efficacité du processus de formation. En effet, ouvrir les postes nécessaires au remplacement des médecins retraités ne suffit pas, encore faut-il que les jeunes générations arrivent au terme de leur cursus après ce choix de poste et exercent dans la région de leurs études. De plus, la multiplicité des modes d'exercice en santé publique ne permet pas d'affirmer qu'un médecin retraité sera en effet remplacé par un autre dans le même domaine d'activités, posant ainsi la question de la nécessité d'un besoin de régulation.

Mots clés :

- santé publique
- démographie
- évolutions
- prospective

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Membres : Monsieur le Professeur Pierre CZERNICHOW
Monsieur le Professeur Laurent MEREGHETTI
Monsieur le Docteur Philippe BERTRAND