



HAL
open science

Impact du contrat d'engagement du service public sur l'installation des jeunes médecins généralistes en France

Marion Capaldi

► **To cite this version:**

Marion Capaldi. Impact du contrat d'engagement du service public sur l'installation des jeunes médecins généralistes en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01931935

HAL Id: hal-01931935

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931935v1>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Marion CAPALDI DUMONT

Le 13 mars 2017

**IMPACT DU CONTRAT D'ENGAGEMENT
DU SERVICE PUBLIC SUR
L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES EN FRANCE**

Sous la direction de : Dr Sophie SIEGRIST

Membres du jury :

Président :

Mr le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Juges :

Mr le Professeur Marc BRAUN

Mme le Professeur Eliane ALBUISSON

Mme le Professeur Sophie SIEGRIST



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
 Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
 Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
 Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
 Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN
 Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
 Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU
 Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
 Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
 Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
 Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
 Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
 Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAURÉIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONÉTIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO,
Professeur des Universités de Médecine Générale, (PU-MG)
Directeur du Département de Médecine Générale et coordonnateur régional du DES de
Médecine Générale UFR de Médecine de Nancy, Université de Lorraine.
Médecin Généraliste à Dombasle-sur-Meurthe

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Je vous remercie pour
votre écoute, vos conseils avisés et votre disponibilité. Veuillez recevoir ici l'expression de
ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Mr le Professeur Marc BRAUN, Doyen

Professeur des Universités d'Anatomie (option clinique, radiologie et imagerie médicale) - Praticien Hospitalier au service Neuroradiologie diagnostique et thérapeutique du CHRU de Nancy, Vice-président du CHRU de Nancy et doyen de la faculté de médecine de Nancy.

Nous tenons à vous remercier très chaleureusement d'honorer notre travail de votre attention, en acceptant de participer à notre jury de thèse. Que ce travail soit l'occasion de vous témoigner notre plus vive reconnaissance.

A Mme Le Professeur Eliane ALBUISSON,

Professeur des Universités de Bio-statistiques, Informatique médicale et technologie de communication - Praticien Hospitalier de Santé Publique au CHRU de Nancy.

Nous sommes honorés de vous compter parmi nos juges. Au cours de notre parcours, nous avons pu apprécier la qualité de vos enseignements. Puissiez vous trouver ici l'expression de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

A Madame le Professeur Sophie SIEGRIST,

Professeur associé de Médecine Générale et Médecin Généraliste au Ban Saint Martin.

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. J'ai pu profiter de votre expérience et de vos connaissances tout au long de ce travail, merci de m'avoir guidée. Que ce travail soit l'expression de mes plus sincères remerciements et de ma respectueuse admiration.

A mon mari, futur maître de l'univers et président des USA, super papa à temps plein, merci pour ton soutien, ton amour, tes encouragements ainsi que ton assistance technique 24H/24. En espérant que tu continueras à me supporter.

A ma fille Chloé, ma plus belle réussite.

A ma mère, merci pour ton amour et tes encouragements. En repensant à toutes ses étapes franchies, je ne serais pas où j'en suis aujourd'hui sans ton soutien et ton écoute attentive. J'espère que tu es fière de moi aujourd'hui.

A ma sœur Alisson, merci pour tous nos souvenirs, nos fous rires et le nougati perdu ! Sans toi, je n'aurais pas pu exprimer toute ma créativité lors de nos jeux insoucians ! Merci pour notre complicité. Si l'on y repense, on a brillamment réussi, on peut être fières de nous !

A ma belle famille, empreinte de folie douce. Marlène et Lionel, Corinne et Jo, Sandrine merci pour tous les moments de bonheur partagés et tous ceux à venir.

A mes nièces et mon neveu, Lilou, Maïssane et Nathan.

En mémoire à Romaric, un ami cher à nos cœurs.

Puisses-tu être fier de nous.

Où que tu sois, nous ne t'oublions pas.

A Emeline, en mémoire de cette rencontre lors d'un rally douteux, merci pour ta douceur, ton écoute et nos fous rires. En espérant préserver cette belle amitié.

A Laure et Rémi, merci pour votre amitié infaillible, votre présence en toutes circonstances, AAT (et non AAA..) pour la vie !

A Cam et Kéké, bisontins d'adoption, merci pour ce fameux week-end, grâce à vous nous sommes des parents comblés ! Vous êtes incroyables ne changez rien !

A Perez et Mat, merci pour votre soutien et votre amitié. Perez, merci pour ton humour et tes talents matrimoniaux dignes de Meetic !

A Hana, merci pour ton amitié, pour ces révisions interminables, ces cours de salsa et de rueda, pour avoir partagé avec moi le tigre et tous mes délires alternatifs. Je reste près de toi à chaque instant.

A Jennifer, merci pour nos moments sportifs mais pas trop, et tout nos bons moments ! Merci pour cette belle amitié.

A tous mes amis : Dapou, Claire, Lucas, Emeline R, Clémence, Anais S, Vuthy, Momo, et à tous les autres que je n'ai pas cité, merci pour toutes ces soirées et ces bons moments qui ont adouci la longueur de mes études. Claire nous nous sommes tant soutenues au fil de nos examens stressants ! Merci pour cette belle amitié !

A Aurélie, ma co-interne infaillible, ma miss bon plan, merci pour nos échanges et toutes tes astuces qui m'ont facilité la vie ! Nous nous sommes suivies pendant ces trois ans, je te souhaite le meilleur pour la suite !

A mes maitres de stage ambulatoire, médecins généralistes passionnés, Dr Munier Gilles, Dr Visat Rachelle, Dr Siegrist Sophie, Dr Bintz Marie-Christine et Dr Naudé Philippe, pour leur apprentissage quotidien du métier qui est bientôt le mien.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

Introduction	19
I. Le médecin généraliste : le cœur du système de soins français.....	19
II. Les missions du médecin généraliste	19
III. L'évolution de la démographie française.....	20
IV. L'évolution de la démographie médicale	21
1. La désertification et ses facteurs	21
A. La diminution du nombre de médecins généralistes exerçant en libéral	21
a. Les départs en retraite	21
b. La diminution du nombre de nouveaux médecins installés	21
c. Le numerus clausus.....	22
d. Les Epreuves Classantes Nationales	22
e. La féminisation de la population médicale.....	22
B. La répartition géographique inégale des nouveaux médecins installés	23
2. Le changement des pratiques professionnelles	23
A. Les aspirations des internes de Médecine Générale (16)	23
B. L'exercice libéral en 2016	24
C. Les Maisons de Santé Pluri-Professionnelles.....	24
V. Les zones déficitaires	27
VI. Les mesures de lutte contre la désertification	28
1. La loi HPST.....	28
2. La formation des étudiants	28
3. Les aides à l'installation	29
VII. Le CESP	31
1. Qu'est ce que le CESP ?.....	31
2. Modalités de candidature	31
3. Suspension de l'allocation	32
4. Installation et durée de l'engagement.....	32
5. Epreuves Classantes Nationales	32
6. Conditions de rupture.....	33
7. Modification du décret.....	33
8. Financement	34
9. Bilan des 5 premières promotions fourni par le CNG.....	35
10. Coût du dispositif	36
VIII. Objectif principal	38
IX. Objectifs secondaires.....	39
Matériels et Méthodes.....	40
I. Type d'étude	40
II. Questionnaire	40
III. Population source.....	41
IV. Population cible.....	41
V. Diffusion de l'enquête.....	42
VI. Recueil et analyse des réponses	42
Résultats	43
I. Profil des répondants.....	44
1. Répartition des répondants selon leur région d'origine	44
2. Répartition des répondants selon leur statut	45
3. Répartition des répondants selon le niveau d'étude à la signature du dispositif	47
4. Caractéristiques socio démographiques des répondants	48
5. Moyens de connaissance du dispositif.....	49

II. Signataires du groupe étudiants (n=90)	50
1. Correspondance entre le projet initial et les choix effectués aux ECN	50
2. Niveau de satisfaction des étudiants signataires d'avoir signé un CESP	52
III. Internes en Médecine Générale actuels (n=175)	53
1. Projet d'installation des internes de Médecine Générale titulaires d'un CESP	53
2. Niveau de satisfaction des internes signataires de Médecine Générale.....	54
IV. Médecins généralistes non installés (n=46)	55
1. Tableau récapitulatif des facteurs expliquant leur non installation.....	55
2. Analyse sémantique des motifs de report à l'installation.....	55
3. Etude de leur projet d'installation.....	56
4. Niveau de satisfaction des Médecins Généralistes non installés	57
V. Médecins généralistes installés (n=51)	58
1. Bilan des installations.....	58
2. Délai s'écoulant entre la fin de l'internat et l'installation	59
3. Lieu d'installation	59
4. Souplesse des ARS.....	60
5. Niveau de satisfaction des Médecins Généralistes installés	60
VI. Répartition des Médecins Généralistes installés et des projets envisagés	61
1. Bilan des installations actuelles et des projets envisagés au niveau national.....	62
2. Région Auvergne Rhône Alpes.....	63
3. Région Centre Val de Loire	64
4. Région Grand Est.....	65
5. Région Ile De France.....	66
6. Région Provenances Alpes Côte d'Azur	67
7. Région Pays de la Loire.....	68
8. Région Bretagne	69
9. Région Occitanie.....	70
10. Région Normandie.....	71
11. Région Hauts de France.....	72
12. Région Nouvelle Aquitaine.....	73
13. Région Bourgogne Franche Comté	74
14. Antilles Guyane	75
15. La Réunion-Mayotte.....	76
Discussion	77
I. Forces et limites	77
1. Biais de sélection.....	77
2. Biais du questionnaire.....	77
3. Biais de communication.....	78
4. Biais de mesure.....	78
5. Biais d'interprétation.....	78
II. Analyse de la représentativité	79
1. Selon le sexe	79
2. Selon la région d'origine	79
3. Selon le niveau d'étude à la signature du CESP.....	80
III. Analyse des profils des répondants	80
1. Données socio-démographiques	80
A. Sexe	81
B. Age	81
C. Situation matrimoniale et familiale.....	81
2. Niveau d'étude à la signature.....	82
3. Moyens de connaissance du dispositif.....	82
IV. Les étudiants signataires	83
1. Correspondance des choix aux ECN avec le projet initial	83

2. Satisfaction des étudiants.....	83
V. Les internes actuels (n=175).....	84
1. Projet d'installation.....	84
A. Statut.....	84
B. Mode d'exercice	85
C. Lieux d'exercice et type de zone	86
D. Accompagnement par l'ARS.....	86
2. Satisfaction des internes actuels	87
VI. Médecins ayant terminé leur internat, non installés (n=46).....	89
1. Motifs de non installation.....	89
2. Projet d'installation.....	89
A. Statut.....	89
B. Mode d'exercice	90
C. Lieux d'exercice et type de zone	90
D. Remplacement	90
3. Satisfaction	90
VII. Médecins généralistes installés (n=51).....	91
1. Délais.....	91
2. Lieux d'exercice	92
3. Souplesse des ARS	93
4. Statut et mode d'exercice	93
5. Satisfaction	94
Conclusion.....	95
Bibliographie	97
Abréviations.....	100
Annexe 1 : Questionnaire.....	101
Annexe 2 : Article.....	109

Introduction

I. Le médecin généraliste : le cœur du système de soins français

Le médecin généraliste est habituellement le premier contact avec le système de soins. Le médecin généraliste (ou médecin omnipraticien ou médecin de famille) est souvent consulté pour diagnostiquer les symptômes avant de traiter la maladie ou de référer le patient à un autre spécialiste.

La réforme du médecin traitant et du parcours de soins de 2004 (1), a incité fortement les assurés à s'inscrire auprès d'un médecin généraliste de leur choix, et a introduit le principe de hiérarchisation de l'accès au système de soins. Chaque patient doit déclarer son médecin traitant référent afin d'être dans un parcours de soins coordonnés et de bénéficier d'un remboursement par la sécurité sociale de 70%, en dehors de toutes exceptions (Affection longue durée, Régime Alsace Moselle...). Le patient est en dehors de ce parcours de soins coordonnés s'il n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il consulte un autre médecin sans avoir été orienté au préalable par celui-ci. Dans ce cas le patient sera alors moins bien remboursé (2).

Le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale a également vu le jour en 2004, avec le décret du 16 janvier (3). L'apparition d'une première promotion de spécialistes diplômés en soins primaires en novembre 2007 en est la conséquence directe. Cette modification statutaire constitue une avancée majeure pour la valorisation de la Médecine Générale, en faisant de cette discipline une spécialité à part entière.

II. Les missions du médecin généraliste

Selon l'article 36 de la loi n°2009-879 (4), le médecin généraliste a pour mission de :

« 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

« 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

« 3° S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ;

« 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés, et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

« 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

« 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

« 7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

« 8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycle d'études médicales. »

Le médecin généraliste est donc le pivot central du système de soins français servant de porte d'entrée et d'aiguilleur pour le patient dans le parcours de soins. On comprend donc la nécessité d'une répartition géographique optimale de ces praticiens de premier recours, afin d'assurer un égal accès aux soins pour chaque français, sans discrimination géographique.

III. L'évolution de la démographie française

La démographie française évolue avec une augmentation progressive de la population passant de 59 millions d'habitants en 1996, à 66 millions en 2016 (5). Au 1^{er} janvier 2060, si les tendances démographiques observées jusqu'ici se prolongent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants, soit 11,8 millions de plus qu'en 2007 (6).

Nous observons surtout une avancée en âge de cette population. Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus pourrait augmenter de 80% (6) ce qui représenterait un français sur trois. Ce vieillissement démographique entraîne une augmentation des besoins en matière de santé en relation notamment, avec l'augmentation du nombre de maladies chroniques. En

2012, La CPAM recensait 19 992 personnes en ALD (toutes affections de la liste ALD 30 confondues) pour la tranche 25-29 ans et 128 384 pour la tranche 65-69 ans (7). De plus, selon l'enquête menée par G. Desplanques en 2012, on constate que les personnes retraitées semblent en proportion plus nombreuses en milieu rural isolé, qu'autour des grandes villes (8).

Face à ce constat, on comprend une nouvelle fois l'intérêt de la répartition des médecins généralistes sur le territoire afin que chaque français ait accès à un praticien de premier recours. Malgré tout, la France fait face à une véritable désertification médicale.

IV. L'évolution de la démographie médicale

1. La désertification et ses facteurs

A. La diminution du nombre de médecins généralistes exerçant en libéral

a. Les départs en retraite

Au 1^{er} janvier 2016, 285 840 médecins étaient inscrits au tableau de l'Ordre (9). Alors que les spécialités médicales et chirurgicales voient leurs effectifs augmenter dans l'ensemble, les effectifs de médecins généralistes sont les premiers touchés par le nombre important de départs en retraite. En effet, sur la période 2007-2016, le nombre de médecins retraités est en forte augmentation (+87,7%), augmentation qui devrait se poursuivre jusqu'en 2025 et pourrait se traduire par la perte d'un médecin généraliste sur quatre sur la période 2007-2025 (9). Ces départs en retraite ne sont pas tous remplacés par de nouveaux médecins généralistes.

b. La diminution du nombre de nouveaux médecins installés

Il faut noter l'attractivité du salariat pour les médecins : seuls 11% des médecins nouvellement inscrits à l'ordre optent dans un premier temps pour le mode d'exercice libéral exclusif, 66% préfèrent le statut de salarié et 23% font des remplacements (9). Il est également à noter que l'âge des nouveaux installés recule. Dans les années 80, les omnipraticiens libéraux s'installaient en moyenne à 31 ans, à 34 ans dans les années 90, 35 ans en 2000, pour avoisiner les 39 ans actuellement (10).

c. Le numerus clausus

En matière de régulation de l'offre de soins ambulatoires, le seul outil véritablement utilisé est le numerus clausus. Introduit en 1971, il fixe le nombre de place en deuxième année des études de Médecine. Du fait de la durée des études médicales, l'impact du numerus clausus sur les effectifs de médecins débutants n'a pu être observé qu'à partir de 1987. C'est pourquoi, après être passé de 8 588 en 1971 à 3 500 en 1993, il a progressivement été remonté pour atteindre 7 646 en 2016 (11).

Les étudiants passent leur ECN en règle générale à l'âge de 24 ans, puis ceux choisissant la Médecine Générale ont trois ans d'internat, soit 6 semestres de stages à valider. La fin présumée de leur cursus universitaire aboutit à l'âge de 27 ans. Ceci sans compter les éventuels redoublements, disponibilités durant l'internat..., allongeant d'autant la durée de leurs études. La majoration du numerus clausus voit donc son effet retardé de plusieurs années.

d. Les Epreuves Classantes Nationales

Introduites en 2004, les ECN sont une étape obligatoire et marquent la fin du deuxième cycle des études médicales. Selon leur classement à l'issue des épreuves, les étudiants peuvent choisir parmi 30 spécialités différentes. 4 spécialités voient chaque année certains de leurs postes rester vacants : la Médecine Générale, la Santé Publique, la Santé du Travail et la Psychiatrie (12).

e. La féminisation de la population médicale

Les femmes ont investi la profession. La médecine se féminise depuis une quarantaine d'années. De nos jours, le taux d'étudiantes en médecine avoisine les 64%. Les professions libérales sont celles qui connaissent une féminisation la plus importante car ce sont elles qui, en principe, se prêtent le mieux à un aménagement du temps de travail (13). Dans les années 1960, le médecin était un homme (à 90 %), souvent aidé bénévolement par sa femme. Il travaillait environ 60 heures par semaine, environ 48 semaines par an, de 30 à 70 ans. Il travaillait très souvent de manière isolée au sein de son domicile. Aujourd'hui et dans les années à venir, le médecin généraliste est une femme, qui préfère remplacer pendant la période de maternité, puis travailler dans une structure rassemblant plusieurs professionnels

de santé, à distance de son domicile, et qui aménage son temps de travail. L'écart de durée hebdomadaire de travail entre hommes et femmes est en moyenne sur les dernières années de l'ordre de 10 heures (14).

B. La répartition géographique inégale des nouveaux médecins installés

Les médecins sont localisés de manière préférentielle dans les communes urbaines, celles avec un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et donc une faculté en premier, puis celles sans CHU. Les communes périurbaines et les espaces à dominante rurale sont moins pourvus. En ce qui concerne les médecins généralistes, ils seraient surtout localisés au niveau des communes urbaines sans CHU. D'ici 2030, la proportion de médecins devrait augmenter dans les pôles urbains, ceci au dépend en particulier des communes rurales (15).

2. Le changement des pratiques professionnelles

A. Les aspirations des internes de Médecine Générale (16)

Plusieurs enquêtes ont été réalisées pour étudier la tendance des projets professionnels des futurs praticiens en Médecine Générale, dont la plus grande est celle réalisée à l'échelle nationale en 2007 (16) par deux internes grenoblois et l'ISNAR-IMG. La moitié de l'effectif des futurs généralistes a été sollicitée par courrier, 827 réponses sur 2 927 ont été obtenues.

Cette étude a révélé que 49,3% des répondants avaient une large préférence pour l'exercice en cabinet de groupe, 35,8% souhaitaient pratiquer en Maison de Santé Pluri-Professionnelle (MSP).

Les femmes projettent de s'installer plus tardivement que les hommes : 3 ans après les études pour 64,9 % des femmes et 55 % des hommes ($p = 0,0003$). Seulement 4,7% souhaitent s'installer dans l'année suivant l'obtention de leur diplôme. Les raisons principales évoquées à cette réticence sont le manque d'expérience professionnelle et la priorité donnée à leurs projets personnels. Un exercice mixte, mêlant activité libérale et salariée, a été souhaité par 28% des étudiants d'après l'enquête nationale de l'ISNAR-IMG. En comparaison, ils étaient 49% à souhaiter un exercice libéral exclusif.

Plusieurs raisons au refus d'une installation en milieu rural ont été mises en évidence : la crainte de l'isolement médical (16,1 %), les raisons familiales (11,5 %), la contrainte des

gardes (6,8 %), la pauvreté de l'environnement en services (6,4 %), la difficulté de prendre des congés (2,7 %) ou de se faire remplacer (0,5 %), une méconnaissance de l'environnement (2,3 %), les problèmes financiers (1,1 %), l'insécurité (0,1 %). Si des solutions étaient apportées pour faciliter l'installation en rural, 460 (55,6 %) accepteraient d'y exercer.

B. L'exercice libéral en 2016

La féminisation et l'arrivée d'une nouvelle génération de praticiens privilégiant son épanouissement personnel, ont pour conséquence une diminution du temps de disponibilité médicale.

L'ensemble de nos confrères ne travailleront plus dans les mêmes conditions que les générations antérieures, et rejettent en bloc l'idée d'une disponibilité permanente et d'astreintes. L'équivalence entre disponibilité temporelle et qualité du travail ne va plus de soi chez les jeunes générations de médecins. Les femmes envisagent l'exercice en groupe à 90% alors que 22% des hommes veulent travailler seuls (17). L'époque où le médecin avait son cabinet à la maison et exerçait donc seul est bien terminée.

L'exercice mixte, associant activité libérale et salariée, charme de plus en plus les jeunes internes selon l'étude de l'ISNAR-IMG, représentant 28% de leur répondant, et l'exercice en groupe était sérieusement envisagé pour 68% d'entre eux suivi de près par les MSP pour 36% des étudiants (16).

C. Les Maisons de Santé Pluri-Professionnelles

Depuis la loi de financement de la Sécurité Sociale en 2007, les maisons de santé sont définies comme des structures assurant des activités de soins sans hébergement, et pouvant participer à des actions de santé publique, ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux (18).

Nous observons aujourd'hui une mutation du système de soins ambulatoires. L'observatoire des maisons de santé mis en place par le ministère en 2012, dénombrait en mars 2015, 616 MSP en fonctionnement et 407 projets sélectionnés, mais une faible majorité en milieu rural (19). Ce boom des MSP s'explique par l'engouement de la jeune génération au travail en équipe. L'exercice en MSP apparaît plus convivial et la mutualisation des fonctions de support et logistique permet aux soignants de se recentrer sur l'activité de soins.

L'un des objectifs d'une MSP est aussi que l'un des médecins généralistes en son sein devienne maître de stage, pour accueillir des étudiants et internes et participer à leur formation.

- **Augmentation de la population**
- **Augmentation des maladies chroniques**
- **Viellissement de la population**

} **Augmentation des besoins**

- **Augmentation des départs en retraite**
- **Diminution du nombre d'installation**
- **Diminution de la disponibilité médicale**

} **Diminution de l'offre**



INADEQUATION

Evolution de la démographie médicale

Les effectifs des médecins généralistes sont les 1^{er} touchés par les départs en retraite.

Nous observons une certaine attractivité pour le salariat pour les nouvelles générations d'omnipraticiens.

L'âge d'installation recule pour avoisiner depuis 2010 les 39 ans.

Le seul outil de régulation efficace est le numerus clausus, dont l'effet est retardé de quelques années (durée minimale du cursus de Médecine Générale de 9 ans). Chaque année, plusieurs postes de Médecine Générale sont laissés vacants aux ECN.

- On constate donc une diminution du temps de disponibilité médicale expliquée par la féminisation et l'arrivée d'une nouvelle génération de praticiens privilégiant son épanouissement personnel et sa qualité de vie.

De plus, les installations sont préférentiellement urbaines, par crainte d'un isolement professionnel.

V. Les zones déficitaires

La tension démographique médicale n'est pas la même sur tout le territoire français. La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) dresse la carte des « zones de vigilance » ; il s'agit des communes où la densité médicale passera sous le seuil d'un médecin généraliste pour 1450 habitants.

Devant ces disparités, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont établi une liste de zones déficitaires dites urbaines sensibles (ZUS) ou de revitalisation rurale (ZRR). Chaque ARS a en charge l'élaboration de son Plan Régional de Santé (PRS). Le PRS vise à déterminer les priorités des politiques de santé pour la région, dans les différents champs, hospitalier, ambulatoire, médico-social et de prévention, au plus près des besoins de la population dans une logique territoriale.

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) est l'outil opérationnel de mise en œuvre du PRS. L'article L. 1434-7 du code de la santé publique (20) énonce que le SROS a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

Les critères sont laissés à l'appréciation des ARS.

Les ARS se concentrent sur des zones dites « fragiles » où l'offre doit être consolidée et susceptibles d'accueillir un projet structurant pour l'organisation du premier recours. Les critères d'éligibilité sont :

- un périmètre géographique tenant compte d'un découpage reconnu par l'Institut National de Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) et
- une densité d'omnipraticiens inférieure à 30% sur ce périmètre.

Le maintien des inégalités de répartition et la perspective d'une tension à venir sur l'offre de soins ont conduit les pouvoirs publics, à l'échelle nationale et locale, à mettre en place des mesures pour maintenir et mieux répartir les professionnels de santé sur le territoire.

Ce zonage constitue le cadre d'application de ces mesures. Elles proviennent des collectivités territoriales et pour partie de l'Etat (21).

VI. Les mesures de lutte contre la désertification

1. La loi HPST

Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, a présenté le 22 octobre 2008 au Conseil des Ministres, un vaste projet de loi intitulé "Hôpital, Patients, Santé et Territoires" (HPST), qui a été promulgué le 21 juillet 2009 puis publié au Journal Officiel (4). La modernisation souhaitée par le ministère passe notamment par la lutte contre les déserts médicaux, avec pour objectif une répartition des professionnels de santé optimisée. La loi HPST comprend 4 grands titres consacrés respectivement à l'hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de ville, aux mesures de santé publique et de prévention ainsi que la création des Agences Régionales de Santé (ARS), chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé.

2. La formation des étudiants

Plusieurs mesures non financières sur la formation ont été mises en place. Depuis 2004 et la création des ECN (3), les futurs généralistes effectuent un internat de trois ans. La durée de l'internat de Médecine Générale est en cours de révision depuis 2014 sous la responsabilité de Marisole Touraine.

Afin de promouvoir et faire connaître cette spécialité, un stage chez le praticien est obligatoire pour tous les étudiants durant leur externat (de la 4^{ème} à la 6^{ème} année). L'interne de Médecine Générale se doit, durant son cursus, d'effectuer un semestre de stage dans le cabinet d'un médecin généraliste. Un semestre de stage professionnalisant dit SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés) a vu également le jour, permettant de parfaire l'autonomisation du futur praticien. Des aides financières sont proposées pour les étudiants et internes choisissant de se former chez des praticiens exerçant en milieu rural.

La difficulté réside dans le fait qu'encore trop peu de médecins généralistes sont maîtres de stage, impactant le nombre de terrain de stage. Le développement des MSP paraît être une première solution à ce problème.

3. Les aides à l'installation

Les mesures prises à l'échelle nationale relèvent soit de l'État (législatives ou réglementaires) soit de l'Assurance Maladie (conventionnelles ou contractuelles). Les mesures pour favoriser l'installation ou le maintien en exercice dans des zones considérées comme prioritaires, s'appuient principalement sur des incitations financières et des aides logistiques.

L'Assurance Maladie propose deux outils complémentaires d'information au niveau régional. Le premier, l'outil cartographique Cartos@nté, permet de visualiser sur un territoire donné, jusqu'au niveau communal, l'offre et l'activité des professionnels de santé.

Le second, Instals@nté, recense et informe sur la nature des aides que les collectivités territoriales peuvent apporter aux médecins qui souhaitent s'installer dans des zones définies comme prioritaires.

Sur le plan financier, il existe également des exonérations fiscales ou de charges pour les médecins installés en ZRR ou ZUS.

Enfin, les deux dernières mesures incitatives à l'installation en zone déficitaire ou sensible, sont le Contrat d'Engagement du Service Public (CESP) et le Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG), deux contrats issus de la loi HPST de 2009. Nous avons décidé de nous concentrer sur le CESP.

Les ARS diffusent la politique du Ministère de la Santé à l'échelle nationale.

OBJECTIF :

Plan **R**égional de **S**anté

= dont le rôle est de déterminer les priorités de santé nationales pour une population en fonction de ses particularités régionales.

OUTIL :

Schéma **R**égional d'**O**rganisation des **S**oins

= calendrier avec des échéances d'actions structurant l'offre de soins et adapté à une vision fine du territoire



Leviers de travail nationaux

- Définition de zones fragiles : densité médicale < 30% ou tension médicale à venir d'un territoire
- Contrat d'Engagement du Service Public (CESP)
- Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)
- Mesures incitatives fiscales
- Aides logistiques à l'installation (instalsanté, cartosanté)



Actions régionales

L'ARS cible et définit les Zones Urbaines Sensibles (ZUS) et les Zones de Revitalisation Rurales (ZRR) afin de faire reculer les tensions démographiques des territoires.

VII. Le CESP

1. Qu'est ce que le CESP ?

Créé par l'article 46 de la loi du 21 Juillet 2009 dite loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) (22), le CESP correspond à un contrat signé entre un étudiant en médecine ou en odontologie depuis le Décret n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, et le Centre National de Gestion (CNG) de la deuxième année d'étude jusqu'à la dernière année d'Internat. Il permet à l'étudiant de recevoir une allocation mensuelle de 1200 euros bruts soit 1106 euros nets jusqu'à la fin de ses études. Compte tenu de son montant, l'allocation donne lieu à une imposition. En contrepartie, le contractant s'engage à exercer, que ce soit en tant que salarié ou en tant que libéral, dans un lieu dit déficitaire en offre de soins, pendant une période égale au temps de versement de l'allocation, avec un minimum de 2 ans. Une liste de lieux d'exercice éligibles est établie par le CNG sur proposition des ARS, avec une priorité pour les ZRR et les ZUS. Ce dispositif a été mis en pratique au cours de la rentrée universitaire 2010-2011.

2. Modalités de candidature

Tout étudiant ou interne souhaitant signer un CESP doit déposer un dossier à l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de l'université dont il dépend, comprenant un Curriculum Vitae, une lettre de motivation comportant le projet professionnel qui le motive (spécialité, mode et lieu d'exercice envisagés) et ses relevés de notes ou son rang de classement aux ECN. Chaque dossier est examiné en commission. Les candidats sont alors convoqués en entretien individuel pour apprécier leur projet professionnel. La liste des candidats retenus est ensuite adressée au Centre National de Gestion (CNG). Le CNG propose à la suite un contrat et l'étudiant ou l'interne dispose d'un délai de réflexion de 30 jours pour le retourner signé. Une fois le contrat signé, le CNG se charge de verser l'allocation mensuelle.

3. Suspension de l'allocation

Dans certains cas, le versement de l'allocation peut être suspendu pour un temps limité (23), à la demande du signataire. Il s'agit du congé maternité/paternité, congé adoption, maladie, mise en disponibilité pour maladie du conjoint voire même pour convenances personnelles.

4. Installation et durée de l'engagement

La durée de l'engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation a été versée avec un minimum de deux ans. L'exercice peut être libéral, salarié ou mixte (24). Celui-ci peut-être situé dans une autre région que celle où les études ont été réalisées. Il est également possible de changer de lieu d'exercice au sein d'une même région ou dans une autre région au cours de l'engagement, tant que celle-ci correspond à une zone éligible.

L'installation doit intervenir une fois le Diplôme d'Etat obtenu, à savoir les 6 semestres d'internat validés, la thèse et le mémoire soutenus, et l'ensemble des cours exigés par la faculté validé.

Tout au long des études, les étudiants et internes sont accompagnés par l'ARS dans le cadre du suivi annuel de leur projet professionnel (23).

5. Epreuves Classantes Nationales

Les étudiants qui signent leur contrat de la 2^{ème} à la 6^{ème} année pourront choisir leur poste et leur ville sur un classement à part de la liste nationale habituelle. Après le passage des ECN, les étudiants qui ont signé un contrat choisissent leur poste d'interne sur une liste spécifique nationale, établie par la DGOS, sur la base des propositions des ARS, en fonction de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités.

Cette liste spécifique propose un nombre de postes au moins égal au nombre de signataires d'un CESP présents aux épreuves, comme c'est le cas pour la liste générale. Cette liste, qui répartit des postes par discipline spécialité et subdivision, est publiée par arrêté courant juillet de chaque année comme l'est la liste générale.

En revanche, ces étudiants choisissent un poste en fonction de leur seul rang de classement national, comme tous les autres candidats issus des ECN, sans que leur projet initial ne soit

pris en compte à ce stade, afin de conserver un strict principe d'égalité par rapport à l'ECN, au sein de la catégorie des étudiants signataires du CESP.

Ensuite, l'internat se déroule exactement dans les mêmes conditions que celles des autres internes de leur spécialité. Le choix des stages se fait donc en fonction du rang de classement national de l'interne.

6. Conditions de rupture

Les signataires d'un CESP peuvent se dégager de l'obligation d'exercice, moyennant le paiement d'une indemnité dont les modalités de calcul sont fixées par arrêté (25).

L'indemnité se compose d'une part de la somme des allocations mensuelles nettes perçues par le signataire mais également d'une somme correspondant à la fraction des frais d'études engagés depuis la signature du CESP (26).

Les cas dans lesquels l'indemnité de rupture n'est pas due sont :

- Décès du signataire
- Affection de longue durée ou handicap rendant dangereux ou impossible la poursuite des études ou l'exercice de la profession
- En outre, le décret de 2013 a permis de rajouter un nouveau cas de rupture du CESP sans versement de pénalité pour le signataire, lorsque la zone indiquée dans le projet professionnel du signataire n'est plus identifiée en tant que zone déficitaire par l'ARS (24).

Lorsque la rupture du CESP intervient après la validation du Diplôme d'Etat, le montant de la somme correspondant à la fraction des frais d'études engagés est fixée à 200 euros par mois écoulé depuis sa signature. Il ne peut être inférieur à 2000 euros.

7. Modification du décret

Le décret du 29 juin 2010 relatif au CESP durant les études médicales a été modifié en 2013 par le décret n°2013-734 du 14 août 2013 (27), en précisant que l'étudiant ou l'interne signataire s'engage non plus à consacrer la totalité de son exercice professionnel, mais seulement son activité de soins dans un ou plusieurs lieux d'exercice en tension démographique.

Ce décret a donné aux ARS une plus grande autonomie dans la détermination des zones éligibles au CESP, afin de garantir sur un territoire l'adéquation entre la réalité des déficits d'offre de soins et l'engagement des jeunes professionnels.

Enfin comme sus cité, un nouveau cas de rupture sans versement de pénalité a été voté.

8. Financement

C'est le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) de l'Assurance Maladie qui finance 100% des charges pour les CESP médecine depuis la rentrée universitaire 2010-2011, en tant que « ressource affectée aux dépenses relatives aux allocations d'engagement du service public », reversées au CNG, qui assure le versement de l'allocation aux étudiants.

Le CESP

= Contrat signé entre un étudiant de médecine (toutes spécialités confondues) ou d'odontologie et le Centre National de Gestion.

DROITS : recevoir une allocation mensuelle de 1200€ bruts jusqu'à la fin des études.

DEVOIRS : exercer en tant que LIBERAL ou SALARIE dans un lieu dit déficitaire en offre de soins pendant une période égale au temps de versement de l'allocation.

Modification du décret en 2013

Accroissement de l'attractivité du dispositif avec une augmentation nette du nombre de contrats signés entre son lancement en 2010 et 2015, passant de 149 signatures en 2010 à 335 contrats signés en 2015.

9. Bilan des 5 premières promotions fourni par le CNG

Fin 2015, 1141 contrats ont été signés, dont 743 étudiants (65,1%) et 398 internes (34,9%).

Les deux régions les plus concernées par la signature d'un CESP sont :

- l'Ile de France et l'Auvergne Rhône Alpes pour les étudiants
- l'Auvergne Rhône Alpes et la Nouvelle Aquitaine pour les internes

Pour toutes les régions, les contrats proposés trouvent davantage preneurs chez les étudiants.

D'après ces chiffres, nous pouvons diviser l'ensemble de ces régions en trois groupes :

- Régions à forte attractivité : Bourgogne Franche Comte, Nouvelle Aquitaine, Normandie, Auvergne Rhône Alpes, Antilles, Occitanie.
- Régions à moyenne attractivité : Hauts de France, Centre Val de Loire, Ile de France, Grand Est.
- Régions à faible attractivité : Pays de la Loire, Bretagne, La Réunion, PACA.

Tableau : répartition des signataires de chaque promotion universitaire en fonction des régions

CESP signés	étudiants						internes						ensemble					
	2010	2011	2012	2013	2014	cumul	2010	2011	2012	2013	2014	cumul	2010	2011	2012	2013	2014	cumul
Ile-de-France	14	19	15	28	41	117	3	3	5	16	15	42	17	22	20	44	56	159
Alsace Lorraine Champagne- Ardennes	15	15	11	10	20	71	1	9	5	5	7	27	16	24	16	15	27	98
Antilles-Guyane	1	5	5	9	10	30	2	5	5	10	7	29	3	10	10	19	17	59
Aquitaine Limousin Poitou-Charente	8	11	11	28	27	85	5	4	8	11	16	44	13	15	19	39	43	129
Auvergne Rhône-Alpes	9	15	23	23	33	103	4	7	13	9	19	52	13	22	36	32	52	155
Normandie	9	6	11	13	14	53	5	12	8	7	10	42	14	18	19	20	24	95
Bourgogne Franche-Comté	10	12	8	9	11	50	8	4	0	6	5	23	18	16	8	15	16	73
Bretagne	3	4	4	5	11	27	1	1	1	5	2	10	4	5	5	10	13	37
Centre Val-de-Loire	7	11	7	5	5	35	3	1	3	4	6	17	10	12	10	9	11	52
La Réunion	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3
Languedoc- Roussillon Midi-Pyrénées	3	5	9	13	23	53	1	13	8	8	10	40	4	18	17	21	33	93
Nord-Pas-de-Calais Picardie	20	16	8	18	19	81	6	10	8	3	5	32	26	26	16	21	24	113
PACA	3	4	2	1	5	15	1	2	5	5	4	17	4	6	7	6	9	32
Pays-de-la-Loire	2	5	6	4	3	20	5	2	4	5	7	23	7	7	10	9	10	43
Ensemble	104	131	120	166	222	743	45	73	73	94	113	398	149	204	193	260	335	1 141

Concernant les choix de la spécialité, la médecine générale reste majoritaire après les choix aux ECN (80,9%). Une autre spécialité se dégage nettement des autres avec un attrait particulier pour l'ophtalmologie suivie par la pédiatrie et la psychiatrie.

89,4% des contrats signés par les internes correspondent au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en 3 ans, c'est à dire la spécialité de Médecine Générale. Parmi ces DES, 70,3% sont en première année d'internat.

Tableau : Bilan des fins d'internats de chaque promotion universitaire

Année	Prévision des fins d'internat (I)	DE obtenus (II)	Installés en cours (III)	Contrat honoré (IV)	Total installés (IV) + (V)	Report autorisé (VI)	Reste à installer (I) - (II)
2011	3	3	2	1	3	0	0
2012	12	12	7	4	11	1	0
2013	46	36	31	2	33	3	10
2014	71	42	39	0	39	3	29
2015	131	22	8	0	8	14	109
TOTAL	263	115	87	7	94	21	148

Dans la dernière colonne, nous pouvons constater que fin 2015, 148 médecins doivent s'installer soit 56,3 % des médecins ayant terminé leur internat. Ces données peuvent s'expliquer par : les reports à l'installation, les redoublements d'année, d'autres situations de suspension (congé maternité, paternité, maladie, disponibilité...) ou les médecins non doctorants.

Pour terminer, au 31 décembre 2015, 20 CESP ont été rompus, 8 étudiants et 12 internes, principalement du fait d'une insuffisance de rang de classement pour obtenir le poste ou du fait d'une inadéquation entre le projet initial du contractant et le poste proposé.

10. Coût du dispositif

Ce dispositif, financé à l'origine par des crédits issus du FIQCS de l'Assurance Maladie, est piloté au niveau national.

Selon le rapport d'activité du FIQCS de 2013, le financement du CESP est aux abords de 7 millions d'euros par an, avec une augmentation progressive du coût du dispositif chaque année, compte tenu d'une augmentation du nombre de contrats signés.

Face au coût non négligeable du CESP pour les pouvoirs publics et les 7 années qui viennent de s'écouler depuis sa mise en place (soit 6 promotions universitaires), nous avons souhaité réaliser une étude de l'efficacité du dispositif afin de faire le point sur l'impact de ce contrat.

- Début d'application du dispositif pendant l'année universitaire 2010.
- 3 groupes de régions se dessinent en fonction de l'attractivité du dispositif.

- Le CESP concerne à **89,4% la spécialité Médecine Générale.**
- 65,1% des contractants sont étudiants au moment de la signature.
- Parmi les contractants internes (34,9%), 70,4% signent durant la première année d'internat.

- **1472** contrats signés et **127 sont installés** dans le cadre de leur CESP au 31 décembre 2016.

VIII. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'efficacité du dispositif sur le délai et le lieu d'installation du jeune médecin généraliste français, signataire d'un CESP, à l'issue de son internat.

Le décret (27) rappelle que le contractant doit débiter son engagement à l'obtention de son Diplôme d'Etat (DE) mais l'obtention du DE est propre à chaque interne. En théorie, après les ECN en 6^{ème} année, il y a nécessité de :

- soutenir sa thèse et son mémoire
- valider l'ensemble des cours exigés par la faculté
- valider 6 semestres de stage

En pratique, le parcours durant l'internat est très lié à la vie personnelle. De plus, l'évolution de la maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale, toujours en cours de révision, a modifié les délais octroyés pour la soutenance de thèse. L'interne a jusqu'à 3 ans après la fin de l'internat pour valider sa thèse, sous peine de ne plus obtenir de renouvellement de sa licence de pratique professionnelle.

Pour avoir une idée plus juste du nombre de jeunes praticiens à installer, le CNG a tendance à simplifier cette échéance. Le début d'engagement est alors assimilé à la fin de l'internat.

Nous avons arbitrairement pour ce travail, défini une installation réussie en tenant compte des critères qui impactent le cursus de l'étudiant et qui sont utiles à la population selon les objectifs des ARS.

Une installation réussie dans le cadre du CESP est donc définie comme une installation intervenant dans les 6 mois suivant la fin de l'internat et dans le respect du zonage imposé.

IX. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- Évaluer la satisfaction des signataires d'avoir signé un CESP.
- Étudier le profil des projets professionnels des internes actuels de Médecine Générale signataires d'un CESP, en comparaison aux données disponibles de la littérature sur la population nationale d'internes de Médecine Générale hors CESP.
- Évaluer la tendance de choix du lieu d'installation (ZRR ou ZUS).
- Évaluer la qualité d'accompagnement des ARS et leur aide dans les autorisations d'installation.
- Évaluer les moyens de connaissance du dispositif CESP.

Matériels et Méthodes

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive, transversale de prévalence réalisée par questionnaire sur Google Drive.

II. Questionnaire

Le questionnaire était électronique et réalisé via Google Drive, ce qui permettait de le transmettre par un simple lien.

Le profil des signataires était analysé dans un premier module accessible à l'ensemble des répondants. Nous avons ainsi obtenu des données sociodémographiques (âge, sexe, situation familiale...) et spécifiques au CESP (modes de connaissance du dispositif...)

A la suite, une première question permettait de connaître le niveau d'étude du répondant au moment de la signature de son CESP (étudiant ou interne) et une deuxième permettait de connaître son statut au moment de l'enquête.

Selon son niveau d'étude au moment de l'enquête, le répondant était dirigé vers un module de questions correspondant. S'il était interne, en fin d'internat installé ou non, le répondant avait donc accès à des questions différentes.

Si le répondant était interne au moment de l'enquête, il avait accès au module suivant en fonction de son niveau d'étude au moment de la signature de son contrat.

- Si la signature avait eu lieu avant les ECN, les questions s'orientaient sur la correspondance entre le projet initial et le choix effectué aux ECN.
- Si la signature avait eu lieu pendant l'internat, les questions étaient orientées autour de son projet d'installation envisagé.

Si le répondant avait terminé son internat de médecine générale au moment de l'enquête, il avait accès au module suivant selon s'il était installé ou non.

- Pour les médecins non installés, nous avons analysé les projets d'installation et les facteurs qui concourent au retard à l'installation.
- Pour l'ensemble des médecins généralistes installés, nous avons étudié le lieu choisi et le délai séparant la fin de l'internat (validation des 6 semestres de stage) de l'installation. Cela nous a permis d'effectuer des comparaisons entre les objectifs des ARS et le choix final effectué par le médecin généraliste.

Le questionnaire a été créé par la thésarde et la directrice de thèse.

Le questionnaire était complètement anonyme.

Sa faisabilité et sa compréhension ont été testées auprès d'internes non signataires d'un CESP et auprès de personnes non étudiantes en médecine.

Son temps de remplissage était inférieur à 5 minutes.

III. Population source

L'ensemble des signataires (1472) était visé par l'enquête, toutes spécialités confondues, quelque soit l'année d'étude, que leur cursus étudiant soit terminé ou encore que leur contrat soit honoré ou ait été rompu.

IV. Population cible

Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir signé un CESP
- Être au moment de l'enquête : interne de médecine générale ou médecin ayant terminé l'internat de médecine générale, installé ou non.

Les critères d'exclusion étaient :

- Etre étudiant (de la 2^{ème} année à la 6^{ème} année) et ne pas avoir passé les ECN.
- Un défaut de remplissage du questionnaire de plus de deux question.

V. Diffusion de l'enquête

Le questionnaire a été diffusé par le CNG, propriétaire des coordonnées mail de l'ensemble des signataires, que leur contrat soit en cours, rompu ou honoré.

L'envoi du lien de l'enquête a donc été fait par mail, à un total de 1472 personnes le 14 septembre 2016.

Une seule diffusion a pu être faite. En effet, selon le représentant CESP du CNG, certains destinataires de ce mail ont manifesté leur mécontentement de recevoir un mail d'enquête sur le sujet du CESP. Deux enquêtes nationales ont préalablement été faites sur le sujet.

VI. Recueil et analyse des réponses

Les données ont été recueillies via Google Drive sous forme d'un tableur du 14 septembre au 31 octobre 2016.

L'outil Excel a permis d'analyser les données quantitatives pour permettre leur interprétation. Nous avons reçu l'aide d'un professeur en statistiques du laboratoire SPIEAO de la faculté de médecine de Nancy pour les calculs du Khi deux de conformité et pour l'analyse de la représentativité des échantillons.

Nous avons effectué une analyse sémantique des réponses aux questions ouvertes.

Résultats

Un total de 307 réponses a été collecté sur les 1472 questionnaires envoyés, soit un taux de réponses de 20,9%. 3 questionnaires ont été exclus du fait d'erreurs de remplissage à plus de deux questions.

218 réponses ont été recueillies dans les 24 premières heures après la diffusion du questionnaire, soit 71,4% des répondants.

Sur les 304 questionnaires correctement remplis, 32 concernaient une spécialité autre que la Médecine Générale.

Au moment de la signature du dispositif de ces 32 répondants :

- 17 étaient étudiants.
- 15 étaient internes.

Ces 32 questionnaires n'ont pas été intégrés dans notre analyse par soucis de lisibilité et d'interprétation efficace, compte tenu de notre objectif principal.

L'échantillon étudié était donc composé de 272 répondants, dont la répartition figure ci-après.

Matériels

1472 signataires au 31 décembre 2016.

307 réponses obtenues : taux de réponses à l'enquête de **20,9%**.

304 questionnaires complets.

32 spécialistes d'organes avaient répondu soit **10,5%** des répondants.

272 spécialistes de Médecine Générale dont les réponses ont été analysées.

I. Profil des répondants

1. Répartition des répondants selon leur région d'origine

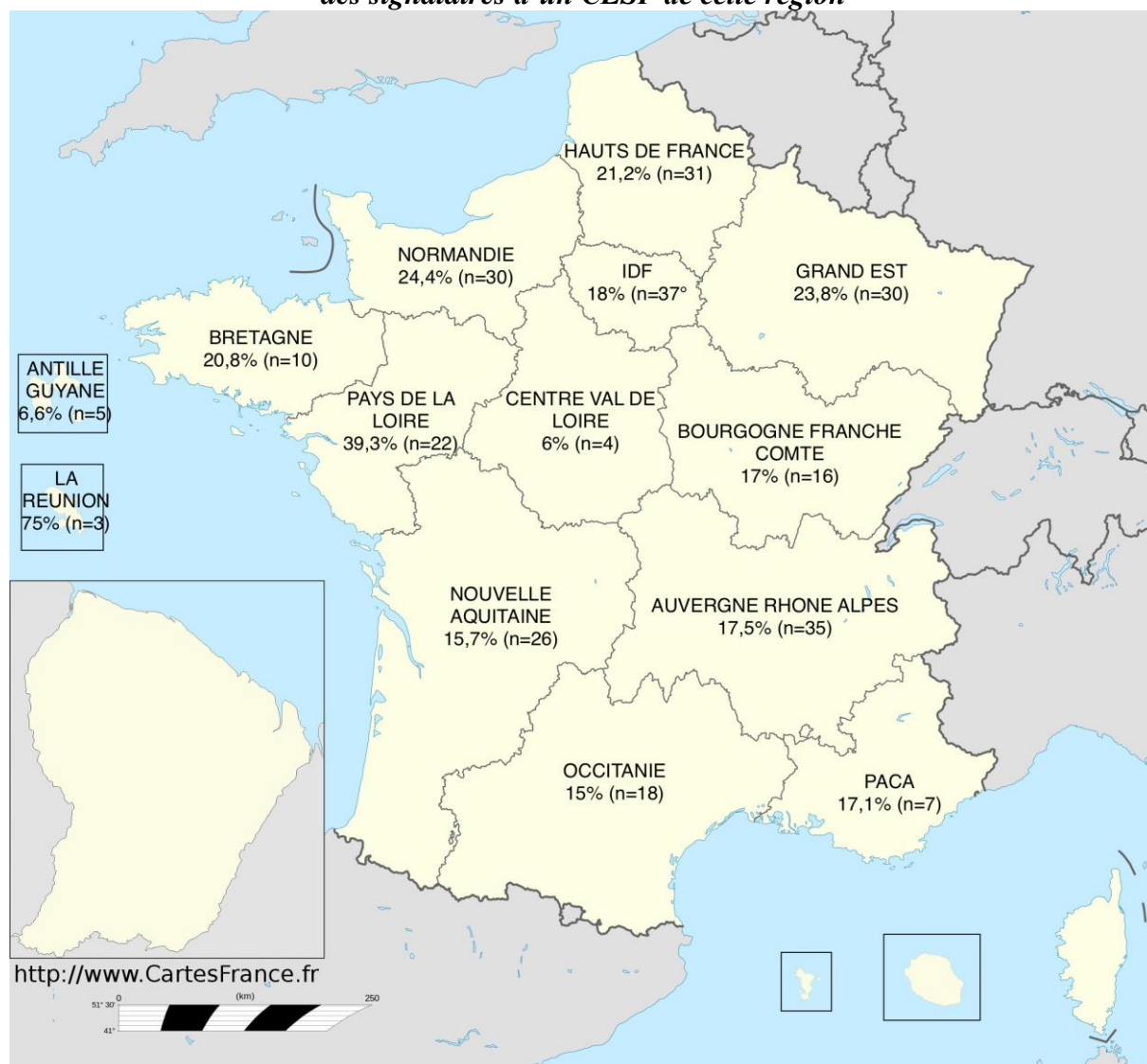
Tableau I : répartition des répondants par région d'origine

Grandes régions	Répartition des signataires par grande région selon les données du CNG (n=1472)		Répartition des répondants de notre étude par grande région (n=272)	
	N	%	N	%
Pays de la Loire	56	3,8	22	8,1
Normandie	123	8,3	30	11
Grand Est	126	8,5	30	11
Hauts de France	146	9,9	31	11,3
La Réunion Mayotte	4	0,3	3	1,1
Bretagne	48	3,3	10	3,7
PACA	41	2,8	7	2,6
IDF	205	13,9	37	13,6
Bourgogne Franche Comté	94	6,4	16	5,9
Auvergne Rhône Alpes	200	13,5	35	12,8
Occitanie	120	8,2	18	6,6
Nouvelle Aquitaine	166	11,3	26	9,5
Centre Val de Loire	67	4,6	4	1,5
Antilles Guyane	76	5,2	5	1,8

Le nombre de réponses varie selon les régions, base de notre interprétation.

Il a semblé utile de montrer la représentativité de chaque région au sein des réponses obtenues en parallèle à l'attractivité du dispositif sur les territoires (cf tableau I).

Carte I : Pourcentage des répondants de chaque grande région par rapport à l'ensemble des signataires d'un CESP de cette région



PACA : Provinces Alpes Côte d'Azur / IDF : Ile De France

2. Répartition des répondants selon leur statut

Statut au moment
de la signature du
CESP

Etudiants de la 2^{ème} à la
6^{ème} année
n=90

Internes de Médecine
Générale
n=182

Statut au moment
de l'enquête

Etudiants ou
externes n=0

Internes de Médecine
Générale
n=72
n=103

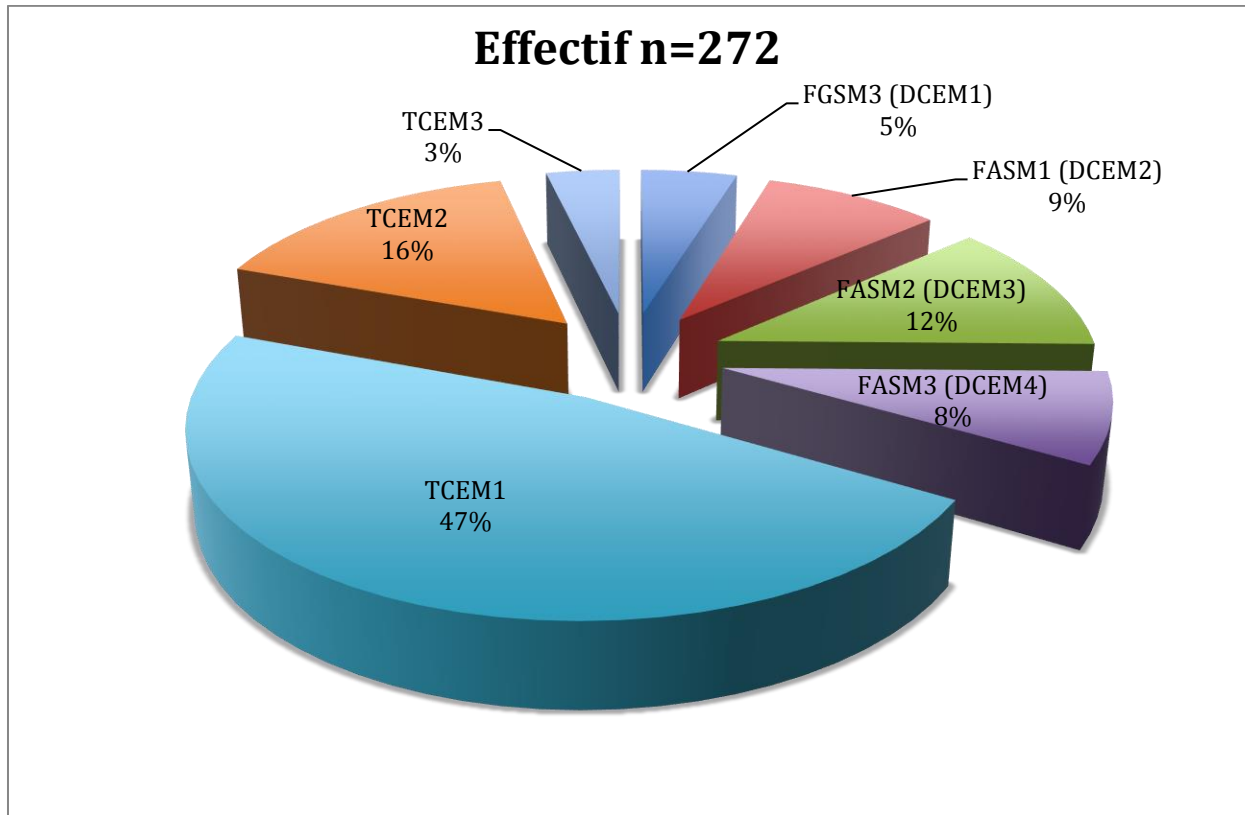
Internat terminé (6
semestres validés)
n= 18
n=79

Médecins non installés
n=11
n=35

Médecins installés
n=7
n=44

3. Répartition des répondants selon le niveau d'étude à la signature du dispositif

Figure 1 : Niveau d'étude des répondants à la signature du dispositif :



66% des répondants ont signé leur contrat durant l'internat, 47% durant la première année d'internat.

34% des répondants ont signé leur contrat alors qu'ils étaient étudiants.

Tableau II répartition des signataires selon le niveau d'étude à la signature du CESP :

Niveau d'étude à la signature	Répartition des signataires au niveau national selon les données du CNG (n=1472)		Répartition des signataires de l'enquête (n=272)	
	N	%	N	%
PCEM2	217	14,7	0	0
DCEM1	195	13,2	13	5
DCEM2	152	10,3	24	9
DCEM3	203	13,8	32	12
DCEM4	190	12,9	22	8
TCEM1	341	23,2	128	47
TCEM2	131	8,9	43	15
TCEM3	35	2,4	10	4
TCEM4	7	0,5	0	0
TCEM5	1	0,1	0	0

4. Caractéristiques socio-démographiques des répondants

Tableau III : Caractéristiques socio-démographiques de l'ensemble des répondants (n=272)

Caractéristiques	Echantillon (n=272)		Groupe Etudiant* (n=90)		Groupe Interne** (n=182)		Différence p
	N	%	N	%	N	%	
Sexe							p<0,05
Homme	102	37,5	40	44,4	61	33,5	
Femme	170	62,5	50	55,6	121	66,5	
Situation matrimoniale au moment de la signature du CESP							p<0,001
Célibataire	83	30,5	40	44,4	43	23,6	
En couple	189	69,5	50	55,6	139	76,4	
Situation matrimoniale au moment de l'enquête							p<0,5
Célibataire	49	18	15	16,6	34	18,7	
En couple	223	82	75	83,4	148	81,3	
Enfants au moment de la signature du CESP							p<0,1
Au moins 1 enfant	44	16,2	10	11,1	34	18,7	
Sans enfant	228	83,8	80	88,9	148	81,3	
Enfants au moment de l'enquête							p<0,5
Au moins 1 enfant	122	44,9	37	41,1	85	46,7	
Sans enfant	150	55,1	53	58,9	97	53,3	

*Groupe Etudiant correspond à l'ensemble des répondants ayant signé leur Contrat de la 2^{ème} à la 6^{ème} année.

**Groupe Interne correspond à l'ensemble des répondants ayant signé leur Contrat durant l'Internat.

Le tableau 4 reprend la situation familiale et maritale actuelle des répondants selon leur statut.

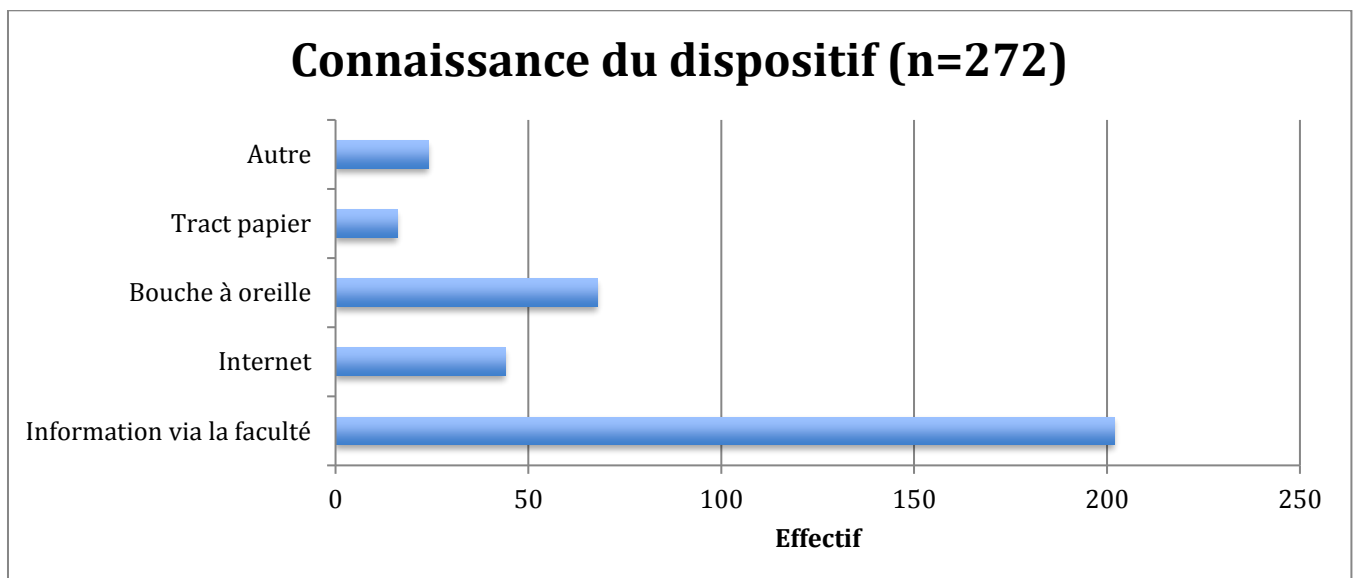
Tableau IV : situation familiale actuelle des répondants de la filière médecine générale

Actuellement	Internes n=175		Médecins non installés n=46		Médecins installés n=51		Différence p
	N	%	N	%	N	%	
Situation Matrimoniale :							
En couple	142	80,7	39	84,8	44	86,3	p<0,5
Célibataire	33	19,3	7	15,2	7	13,7	
Situation Familiale :							
Au moins 1 enfant	61	35,2	26	56,5	34	66,7	p<0,001
Sans enfant	114	64,8	20	43,5	17	33,3	

La moyenne d'âge de nos répondants (n=272) était de 28,8 ans à plus ou moins 2,8 ans (Variance=7,72 et $\sigma=2,8$), extrême d'âge allant de 24 à 45 ans.

5. Moyens de connaissance du dispositif

Figure II : moyens de connaissance du dispositif de l'ensemble des répondants



74% déclaraient avoir connu le dispositif via une information délivrée à la faculté, et 29,3% par le biais du bouche à oreille entre étudiants.

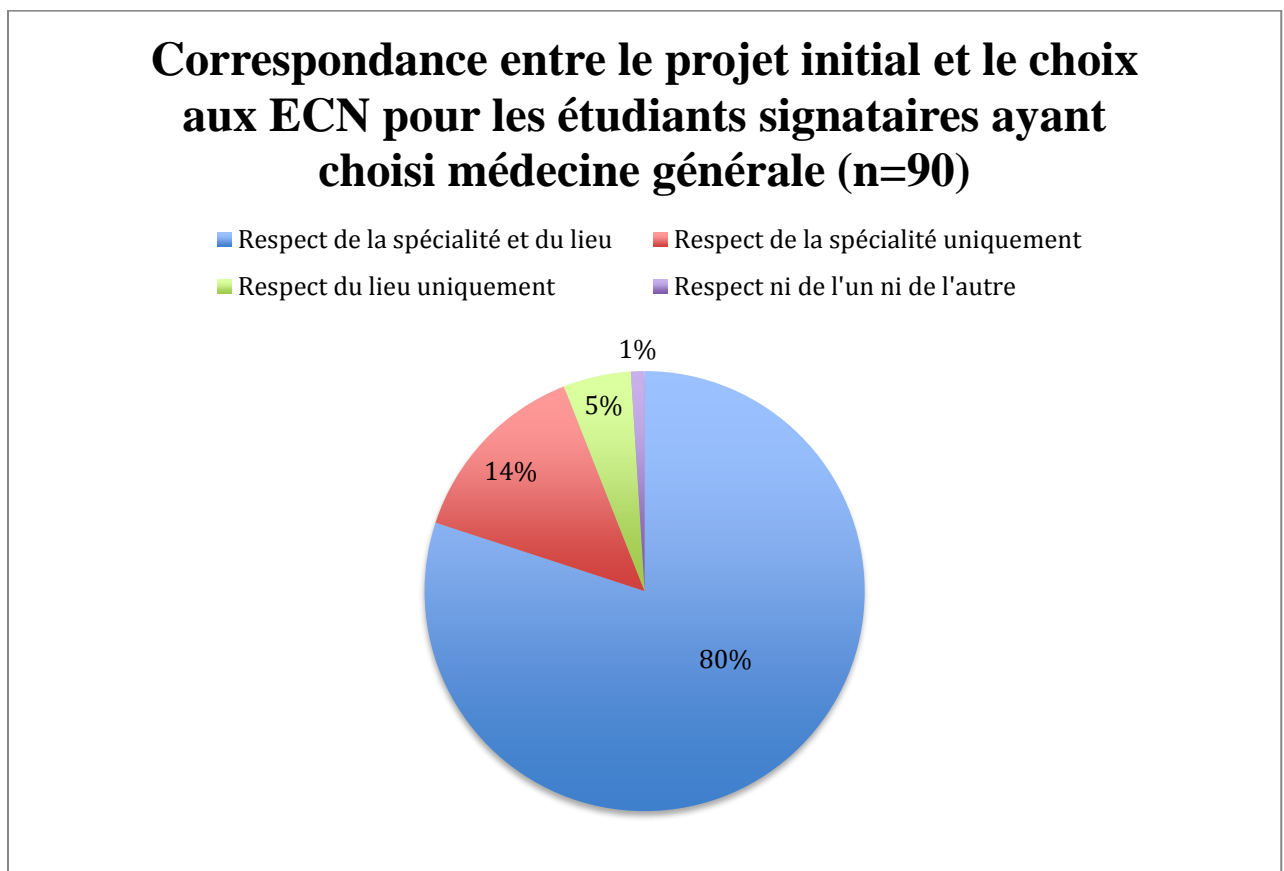
II. Signataires du groupe étudiants (n=90)

Parmi les répondants du groupe étudiants (n=108), 83,3% (n=90) ont choisi la Médecine Générale sur la Liste ECN du CESP.

98,8% (n=89) ont eu accès à la spécialité de leur choix et 98,8% à la ville de leur choix (n=89).

1. Correspondance entre le projet initial et les choix effectués aux ECN

Figure III : correspondance entre projet initial et choix aux ECN des étudiants signataires



Nous pouvons donc constater que 20% des projets initiaux sont non respectés, ce qui représente un étudiant répondant sur 5.

Analyse sémantique selon le choix de la spécialité :

5,5% (n=5) n'ont pas pris la spécialité initialement prévue lors de la signature de leur contrat.

- Pour l'un d'entre eux, le poste voulu a été pris par un autre étudiant mieux classé :
«Place prise par un candidat mieux classé.»
- Un répondant a changé d'avis du fait d'une évolution de son projet de vie :
«Je voulais pédiatrie Antilles Guyane quand j'ai signé. J'ai rencontré ma femme après la signature du CESP. J'ai changé pour médecine générale à Tours. Ce n'était pas prévu. Donc oui j'ai eu ce que je voulais mais ce n'était pas mon projet initial.»
- Un autre a vu son projet se modifier en fonction de ses stages hospitaliers :
«Signature au départ pour un poste d'ophtalmologie puis changement d'avis dans l'été, avant les choix.»
- Le projet initial d'un autre répondant n'était pas défini :
«Pas de réel projet lors de la signature du CESP.»
- Le dernier n'a pas eu l'accord de l'ARS pour son projet initial :
« Rhumatologie ou dermatologie souhaitée avec "obligation" de rester à Grenoble. Projet non retenu au vu de la démographie médicale en Rhône Alpes »

Analyse sémantique selon le choix de la ville :

14,4% (n=13) n'ont pas pris la ville initialement prévue lors de la signature de leur contrat.

- 6 d'entre eux ont vu leur projet de vie évoluer :
«Ma femme travaille en métropole, ne fait pas médecine et ne peut pas partir. pas question pour moi de partir en Guadeloupe dans ce cas»
«Changement de compagne»
«Envie de découvrir une autre région avant installation»
«Rapprochement avec mon conjoint»
«Je voulais aller dans le sud et j'ai rencontré mon mari qui travaille à Lyon ;-))»
«Trop éloigné de ma famille.»
- Pour deux d'entre eux, il n'y avait pas de projet bien défini lors de la signature de leur contrat :
« Choix de la ville inconnu lors de la signature »

« Initialement, je n'avais pas déterminé la ville de mon internat, j'ai choisi Grenoble pour me rapprocher de mon compagnon »

- Les 5 autres ont vu leur projet initial se modifier :

« Changement d'avis »

« J'ai voulu changer de ville en cours d'externat »

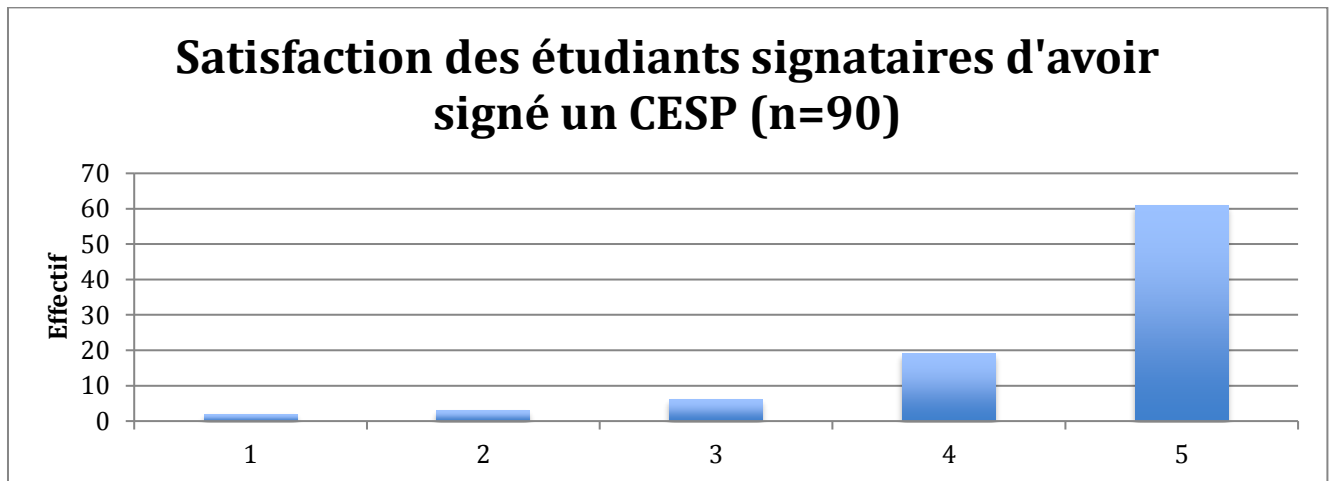
« Changement de projet »

« Je souhaitais rester à la faculté de Tours »

« Changement du projet initial »

2. Niveau de satisfaction des étudiants signataires d'avoir signé un CESP

Figure IV : niveau de satisfaction des étudiants signataires ayant choisi la filière Médecine Générale



1 : très insatisfait, 2 : insatisfait, 3 : moyennement satisfait, 4 : satisfait, 5 : très satisfait

Parmi les « très insatisfaits » et les « insatisfaits » du groupe étudiants (n= 5), seulement un n'a pas eu accès à la spécialité correspondant à son projet initial à la signature du CESP.

III. Internes en Médecine Générale actuels (n=175)

1. Projet d'installation des internes de Médecine Générale titulaires d'un CESP

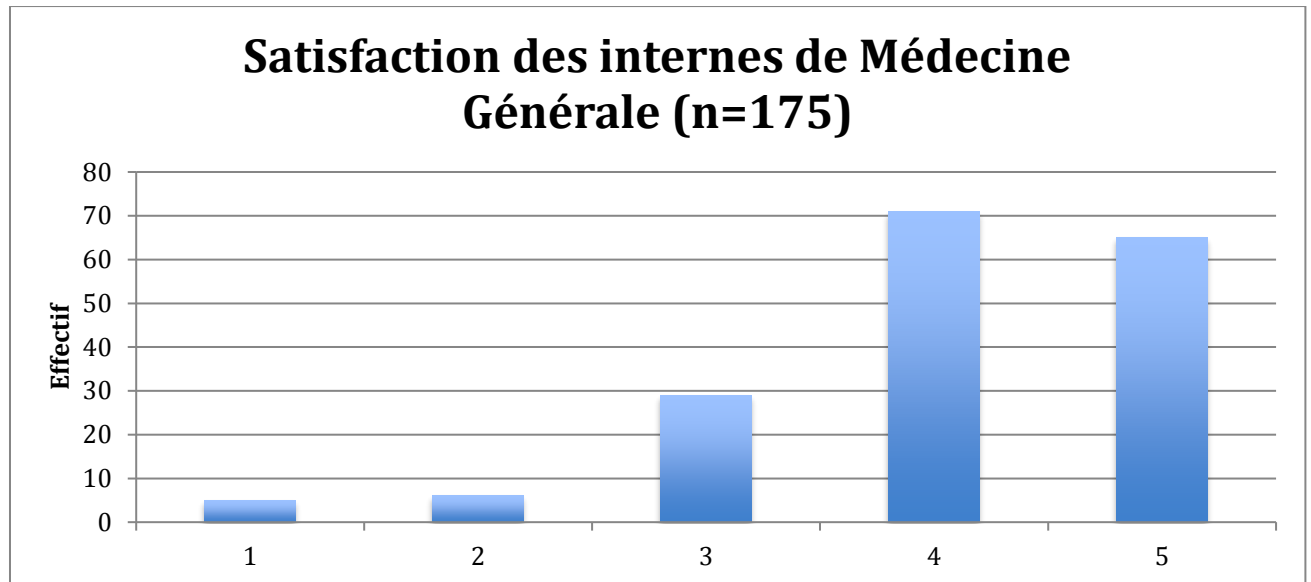
Tableau V : récapitulatif du projet d'installation des internes de Médecine Générale

Caractéristiques		Effectif	
		N	%
Statut	Libéral	150	85,7
	Salarié	6	3,4
	Mixte	19	10,9
Mode d'exercice	Cabinet seul	18	10,3
	Cabinet de groupe	63	36
	Maison de Santé Pluridisciplinaire	90	51,5
	Structure de soins	2	1,1
	Autre	2	1,1
Type de zone	Urbaine sensible	25	14,3
	Rurale	150	85,7
LLE consultée	Oui	144	82,3
	Non	31	17,7
Futur lieu d'exercice choisi	Oui	88	50,3
	Non	87	49,7
Accompagnement annuel par l'ARS	Oui	69	39,4
	Non	106	60,6

LLE : Liste des Lieux d'Exercice / ARS : Agence Régionale de Santé

2. Niveau de satisfaction des internes signataires de Médecine Générale

Figure V : niveau de satisfaction des internes de Médecine Générale



1 : très insatisfait, 2 : insatisfait, 3 : moyennement satisfait, 4 : satisfait, 5 : très satisfait

Parmi les « très insatisfaits » et « insatisfaits » (n=11) seuls 3 ont souhaité s'exprimer sur l'origine de leur insatisfaction.

« Déception de la médecine générale libérale »

« "Contrainte" à un certain cursus (Medecine G) car devant rester à Grenoble pour raisons personnelles et ayant signé le CESP plus par besoin de financement (études médicales commencées à 28 ans!) que par adhésion au concept »

« Démarches pour résilier mon contrat du fait de l'ouverture d'un poste hospitalier qui m'intéresse. »

IV. Médecins généralistes non installés (n=46)

1. Tableau récapitulatif des facteurs expliquant leur non installation

Tableau VI : motifs de non installation malgré la fin de l'internat (n=46)

	Motifs de non installation (n=46)	
	N	%
Thèse non soutenue	29	63
Remplacements	39	84,8
Futur lieu d'exercice non choisi	16	34,8
Report autorisé par l'ARS	11	23,9
Projet de MSP en attente	4	8,7

2. Analyse sémantique des motifs de report à l'installation

23,9% ont obtenu un report à leur installation, la plupart du fait d'un délai nécessaire au travail de leur thèse.

« En attendant l'acceptation de mon projet par l'ARS »

« Jusqu'à ma thèse »

« Car encore non thésée »

« Thèse 3 ans, puis 1 an d'attente pour la fin des travaux de la MSP »

« Non thésée »

« Thèse non soutenue, report post validation du DES d'un an et 3 mois »

« Thèse non soutenue, 2ans »

« Thèse 1 an »

« Pour 6 mois et pour m'aider financièrement en remplacement à temps partiel pour avancer ma thèse »

« Thèse »

« Thèse non soutenue »

3. Etude de leur projet d'installation

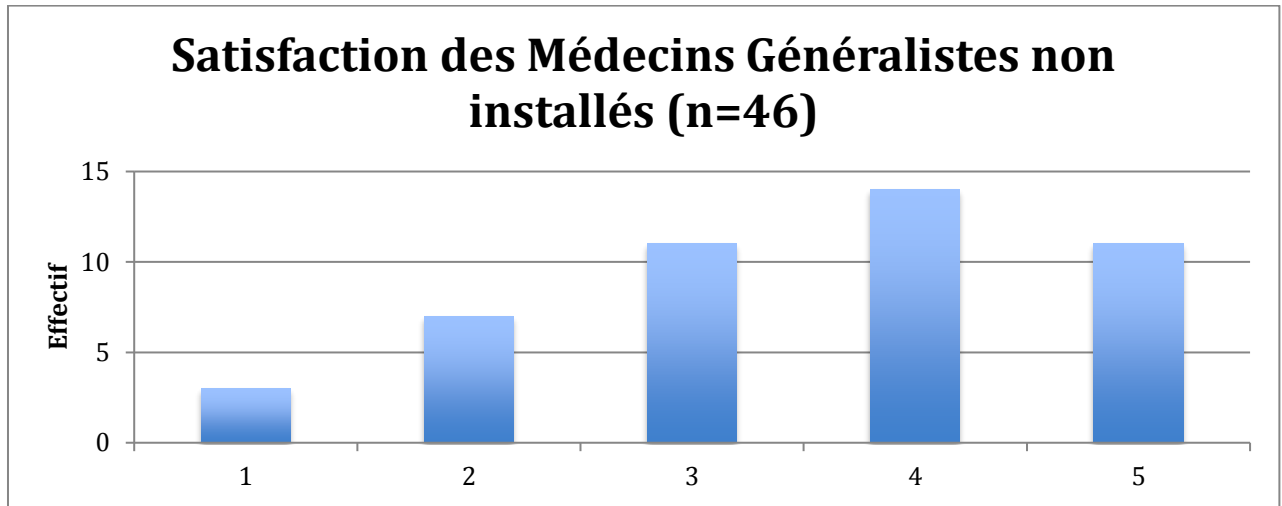
Tableau VII : récapitulatif du projet d'installation à venir de tout médecin ayant terminé l'internat (6 semestres validés)

Projet	Effectif	
	N	%
	46	15,1
Zone		
ZUS	1	2,2
ZRR	30	65,2
Zone fragile*	9	19,6
Autre	6	13
Lieu d'exercice choisi est une zone imposée ?		
Oui	23	50
Non	7	15,2
Choix du lieu non fait	16	34,8
Lieu d'exercice choisi est une zone ajoutée par l'ARS ?		
Oui	5	10,9
Non	25	54,3
Choix du lieu non fait	16	34,8
Statut		
Libéral	36	78,2
Salarié	4	7,8
Mixte	6	13
Mode d'exercice		
Cabinet seul	5	10,9
Cabinet de groupe	25	54,3
MSP	13	28,3
Structure de soins	3	6,5
Autre	0	0
Proximité avec domicile		
<10km	13	28,2
Entre 10 et 20km	20	43,5
Entre 20 et 30km	5	10,9
>30km	8	17,4

*zones "fragiles" = communes susceptibles de voir l'offre de soins se dégrader et éventuellement évoluer vers le classement "déficitaires"

4. Niveau de satisfaction des Médecins Généralistes non installés

Figure VI : niveau de satisfaction des médecins généralistes non installés



1 : très insatisfait, 2 : insatisfait, 3 : moyennement satisfait, 4 : satisfait, 5 : très satisfait

Les contractants « très insatisfaits et insatisfaits » représentent près de 22% (n=10 sur 46).

V. Médecins généralistes installés (n=51)

1. Bilan des installations

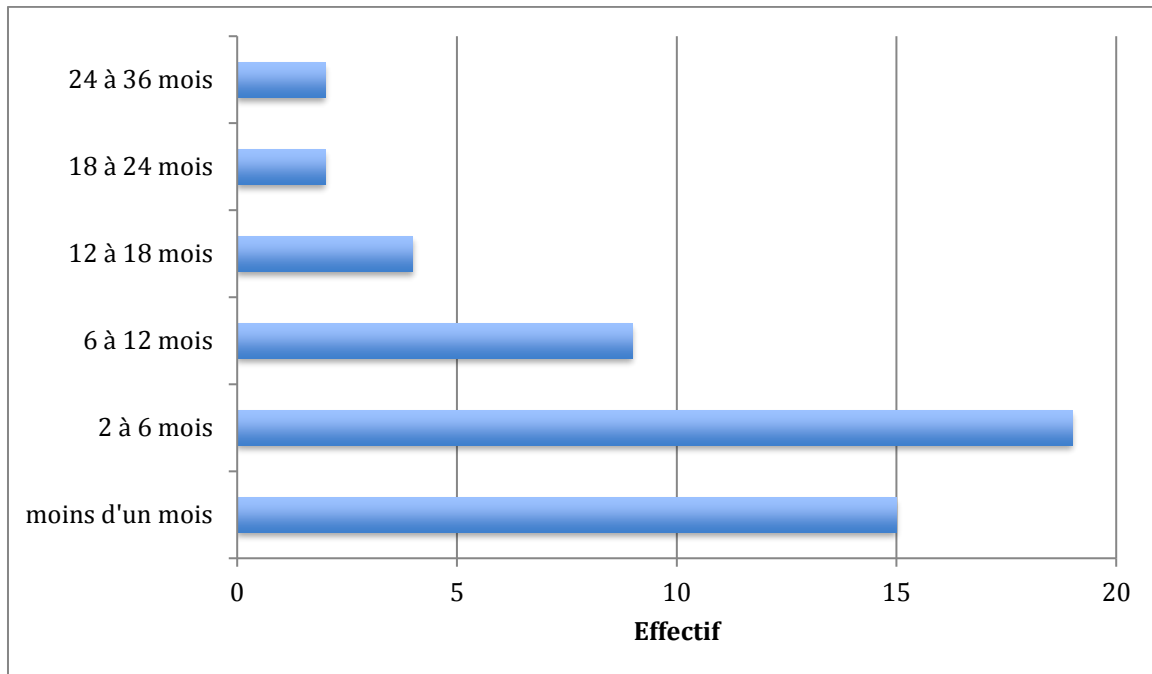
Tableau VIII : Bilan des installations des Médecins Généralistes en France dans le cadre de leur CESP

Installations	Effectif	
	N	%
	51	16,7%
Zone		
ZUS	2	3,9
ZRR	39	76,5
Zone fragile*	8	15,7
Autre	2	3,9
Lieu d'exercice choisi est une zone imposée ?		
Oui	41	80,4
Non	10	19,6
Lieu d'exercice est une zone ajoutée par l'ARS ?		
Oui	10	19,6
Non	41	80,4
Statut		
Libéral	44	86,3
Salarié	3	5,9
Mixte	4	7,8
Mode d'exercice		
Cabinet seul	2	4
Cabinet de groupe	23	45
MSP	22	43
Structure de soins	3	6
Autre	1	2
Proximité avec domicile		
<10km	25	49
Entre 10 et 20km	15	29,4
Entre 20 et 30km	9	17,6
>30km	2	4
Remplacement avant installation		
Oui	32	62,7
Non	19	37,3

*zones "fragiles" = communes susceptibles de voir l'offre de soins se dégrader et éventuellement évoluer vers le classement "déficitaires"

2. Délai s'écoulant entre la fin de l'internat et l'installation

Figure VII : délai séparant la fin de l'internat (6 semestres validés) et l'installation du jeune généraliste CESP



66,7% des jeunes médecins généralistes répondants se sont installés dans les 6 mois suivant la fin de leur internat.

17,6% se sont installés entre 6 à 12 mois après leur internat.

15,7% se sont installés à plus d'un an de la fin de leur internat.

3. Lieu d'installation

Concernant les lieux d'installation des jeunes généralistes, seule la région Centre Val de Loire et la Réunion/Mayotte se voient sans installation parmi les répondants (n=51).

L'ensemble des lieux choisis correspond à une zone éligible au CESP ou à une zone fragile encore non cartographiée rajoutée par l'ARS grande région correspondante.

Deux régions comptent 9 installés répondants à savoir : Auvergne Rhône Alpes et Occitanie.

4. Souplesse des ARS

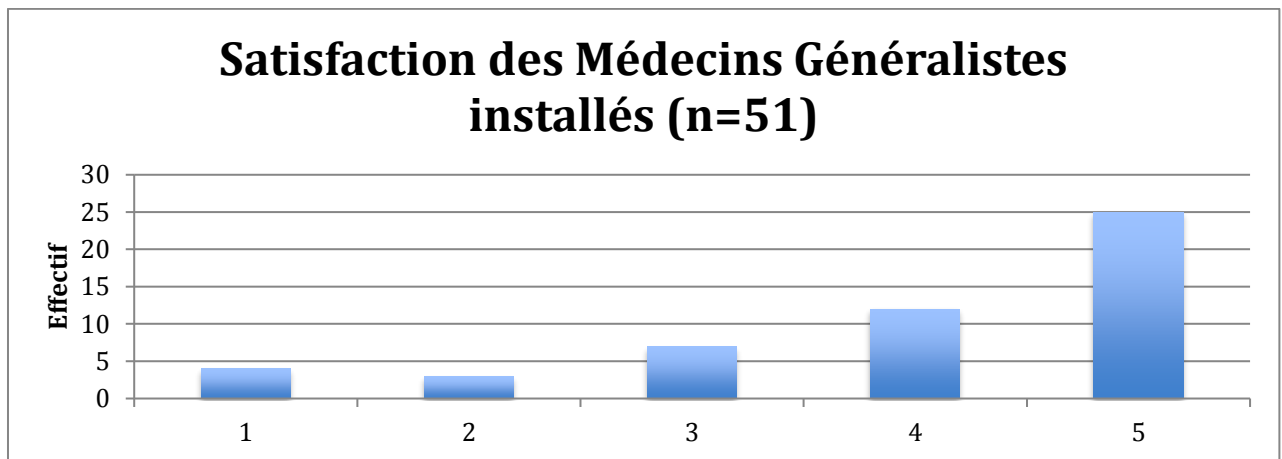
51% des répondants (n= 26 sur 51 installés) affirment avoir bénéficié d'une certaine souplesse de la part de leur ARS référente (ajout d'une zone, obtention d'un délai avant l'installation...)

5 régions ont le plus fait preuve de souplesse dans le projet de l'installant : l'Auvergne Rhône Alpes puis la Normandie et l'Occitanie, et enfin la Nouvelle Aquitaine et la Bourgogne Franche Comté.

Pour les médecins généralistes installés dans les 6 mois (n=34) suivant la fin de leur internat, 38,2% (n=13) ont bénéficié d'une souplesse de l'ARS dont ils dépendent.

5. Niveau de satisfaction des Médecins Généralistes installés

Figure VIII: niveau de satisfaction des médecins généralistes installés



1 : très insatisfait, 2 : insatisfait, 3 : moyennement satisfait, 4 : satisfait, 5 : très satisfait

VI. Répartition des Médecins Généralistes installés et des projets envisagés

Afin de mieux se représenter la répartition des jeunes médecins généralistes, nous avons choisi de réaliser des cartographies.

Chaque carte a été élaborée via Google Map et comporte une échelle.

La première carte représente les installations actives et celles envisagées par les médecins généralistes ayant terminé leur internat mais non installés, au niveau national selon les données de notre enquête.

L'ensemble des cartes suivantes met en relation les installations actives et à venir avec la Liste de Lieux d'Exercice (LLE) proposée sur le site du CNG pour chaque grande région.

La légende de toutes les cartes est identique, à savoir :

POINT JAUNE : Lieux d'exercice proposés sur le site du CNG.

POINT NOIR : Lieux choisis par les Médecins Généralistes installés.

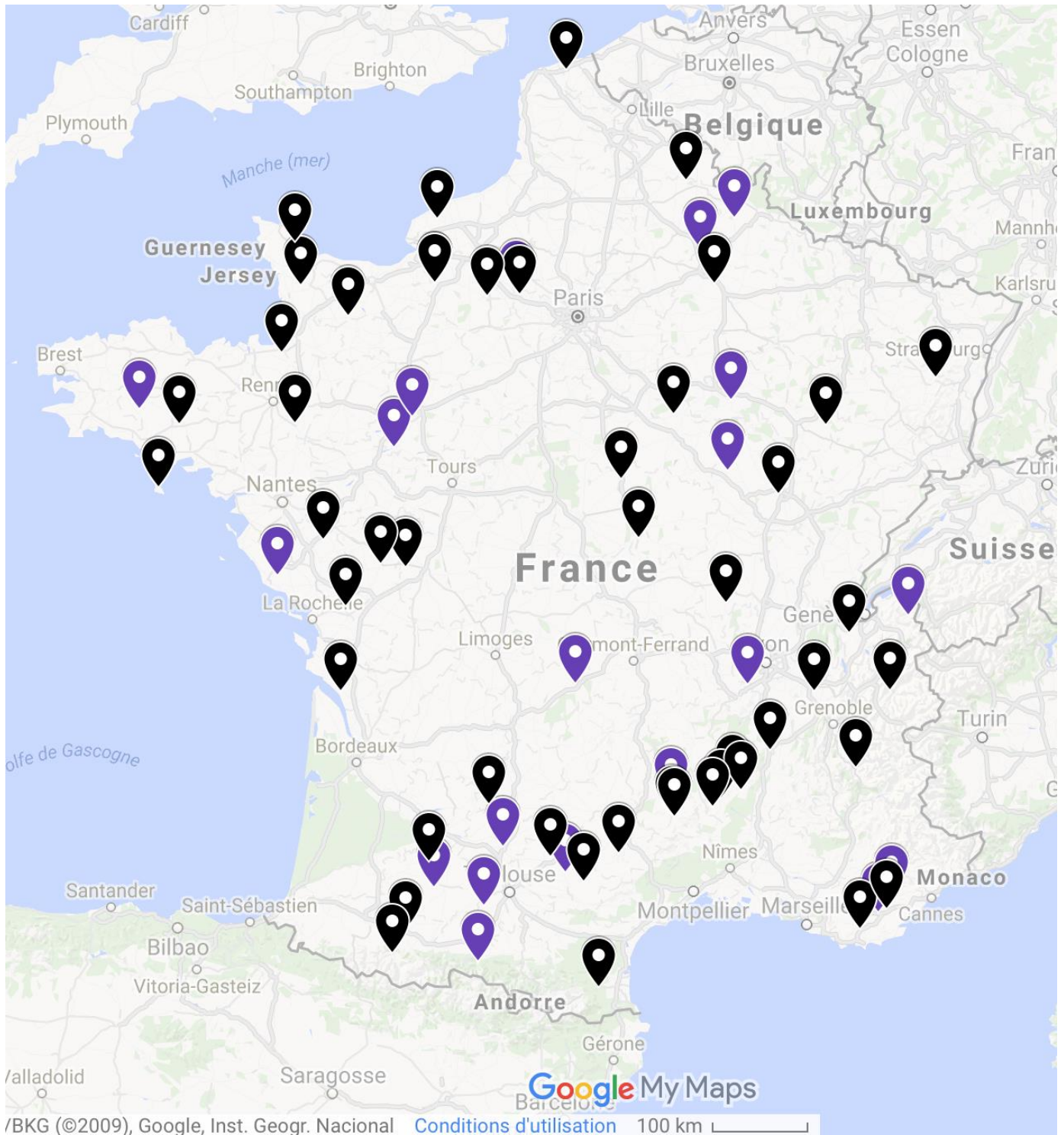
POINT VIOLET : Lieux choisis par les Médecins Généralistes ayant terminé leur internat.

POINT BLEU : Lieux d'exercice nouvellement proposés pour les DOM-TOM.

Concernant la carte de la région Pays de la Loire, aucun **point jaune** n'y figure car la quasi totalité de la région est considérée comme déficitaire.

Nous avons également interrogé les référents CESP de chaque grande région sur le nombre de praticiens installés au 31 décembre 2016, afin de mieux lire les résultats obtenus, et ce pour chaque carte de grande région.

1. Bilan des installations actuelles et des projets envisagés au niveau national

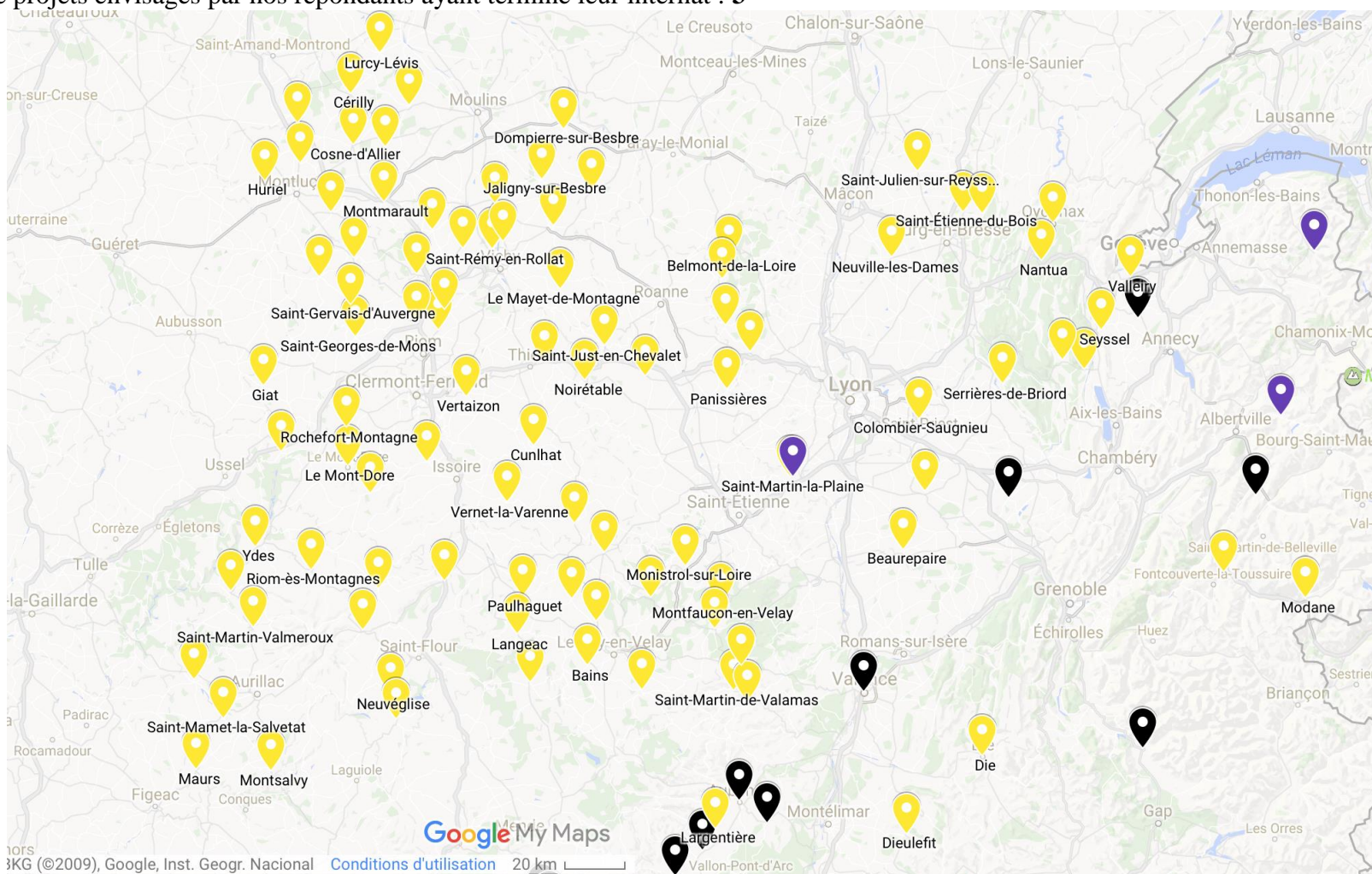


2. Région Auvergne Rhône Alpes

Nombre d'installés répondants : **9**

Nombre d'installés au 31 décembre 2016 selon l'ARS Auvergne Rhône Alpes : **23**

Nombre de projets envisagés par nos répondants ayant terminé leur internat : **3**

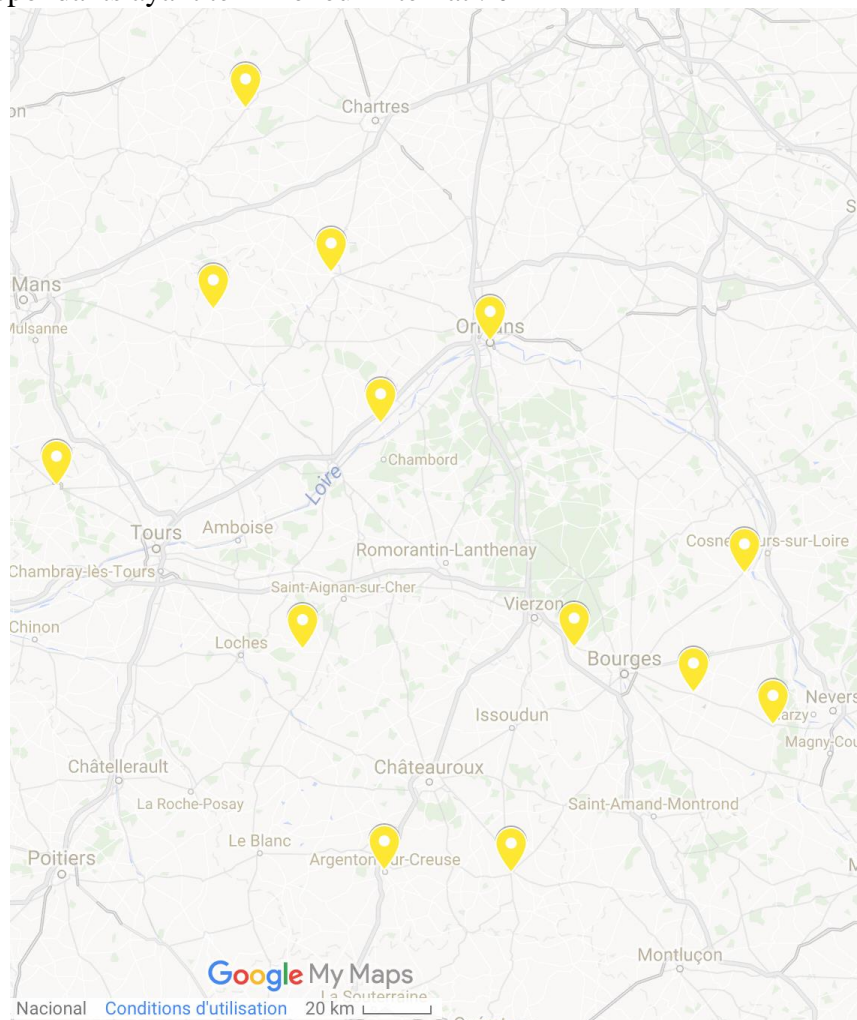


3. Région Centre Val de Loire

Nombre d'installés répondants : **0**

Nombre d'installés au 31 décembre 2016 selon l'ARS Centre Val de Loire : **5**

Nombre de projets envisagés par nos répondants ayant terminé leur internat : **0**

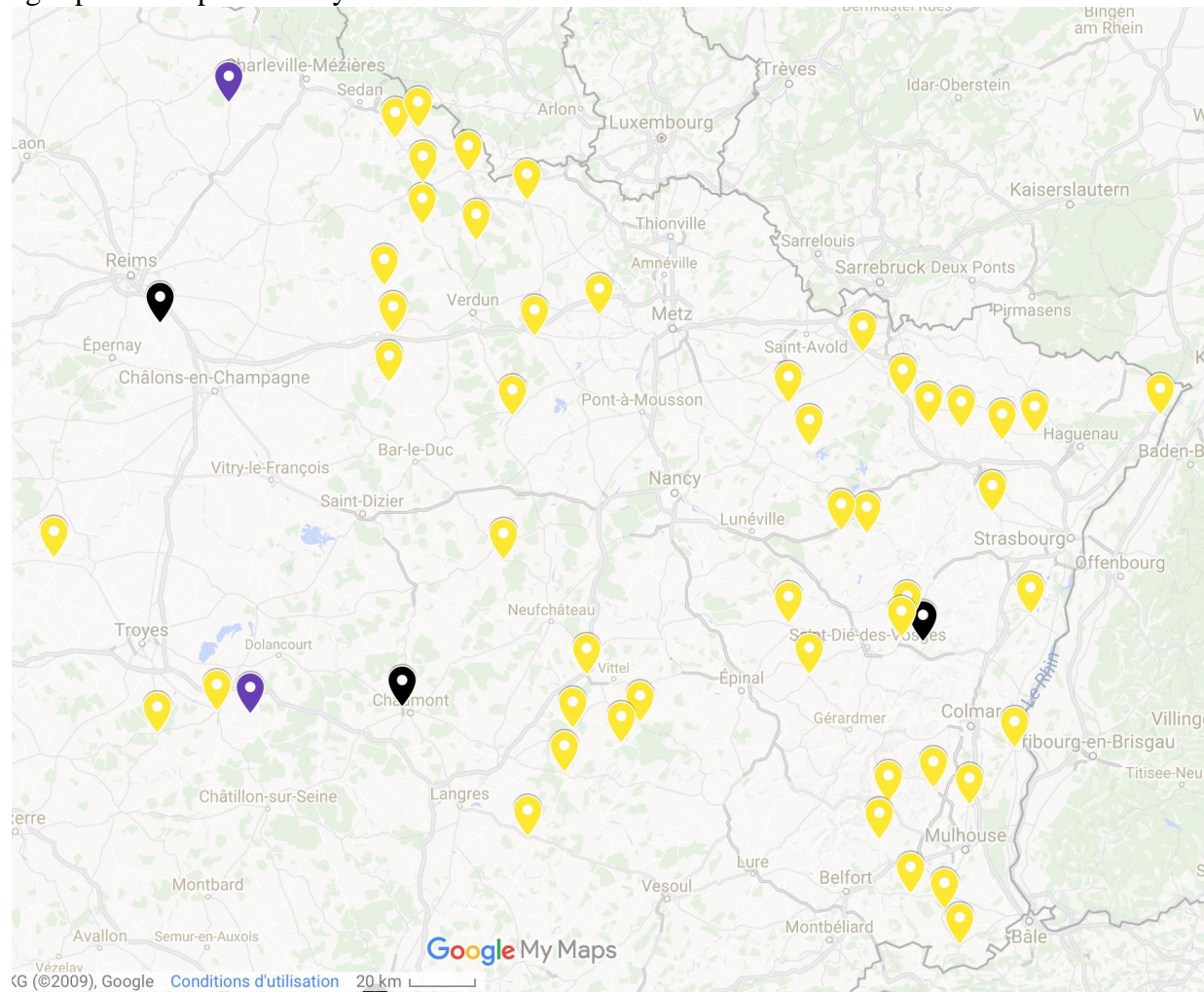


4. Région Grand Est

Nombre d'installés répondants : **3**

Nombre d'installés au 31 décembre 2016 selon l'ARS Grand Est : **9**

Nombre de projets envisagés par nos répondants ayant terminé leur internat : **2**

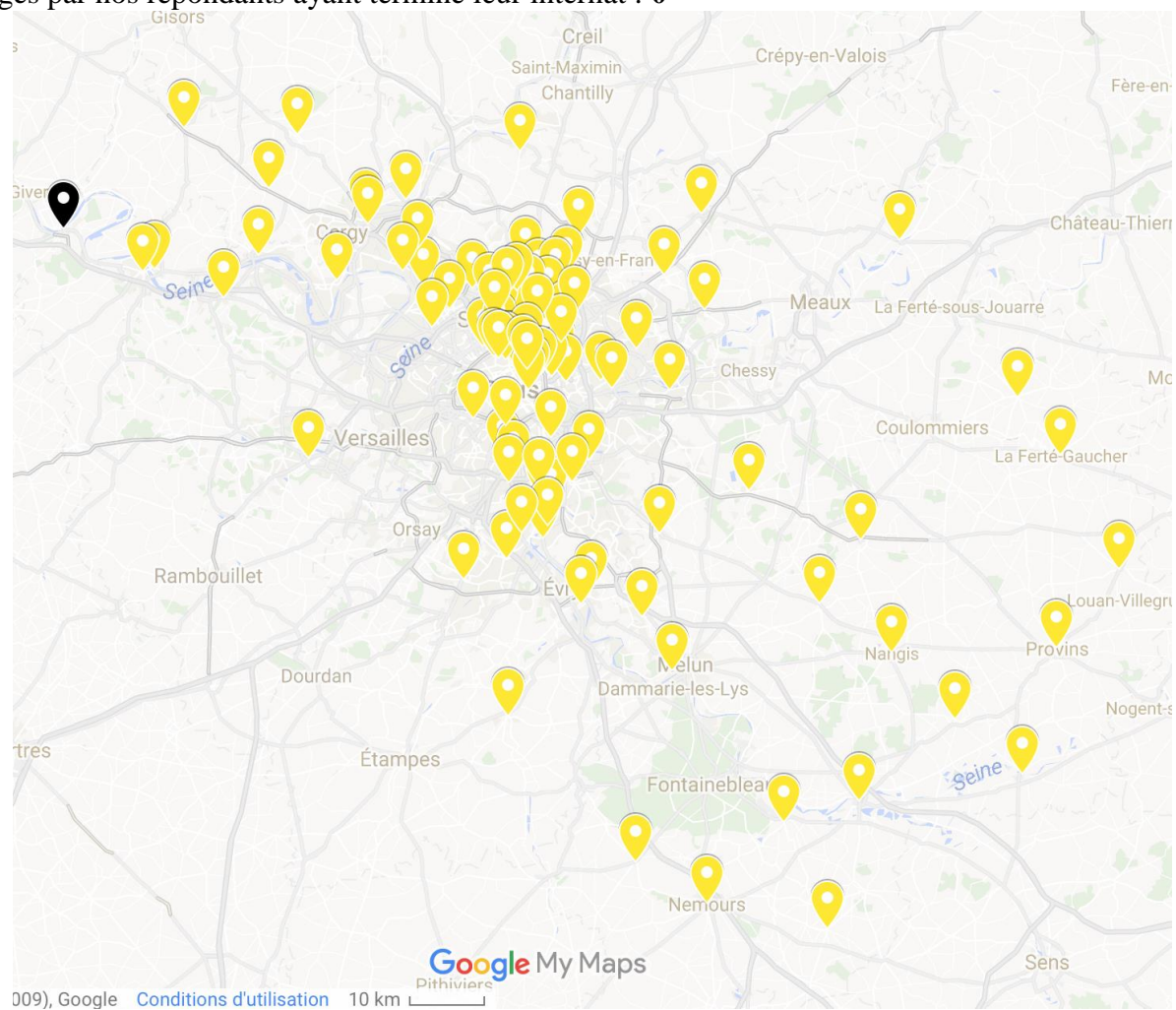


5. Région Ile de France

Nombre d'installés répondants : **1**

Nombre d'installés au 31 décembre 2016 selon l'ARS Ile de France : **6**

Nombre de projets envisagés par nos répondants ayant terminé leur internat : **0**



6. Région Provinces Alpes Côte d'Azur

Nombre d'installés répondants : **2**

Nombre d'installés au 31 décembre 2016 selon l'ARS PACA : **5**

Nombre de projets envisagés par nos répondants ayant terminé leur internat : **2**

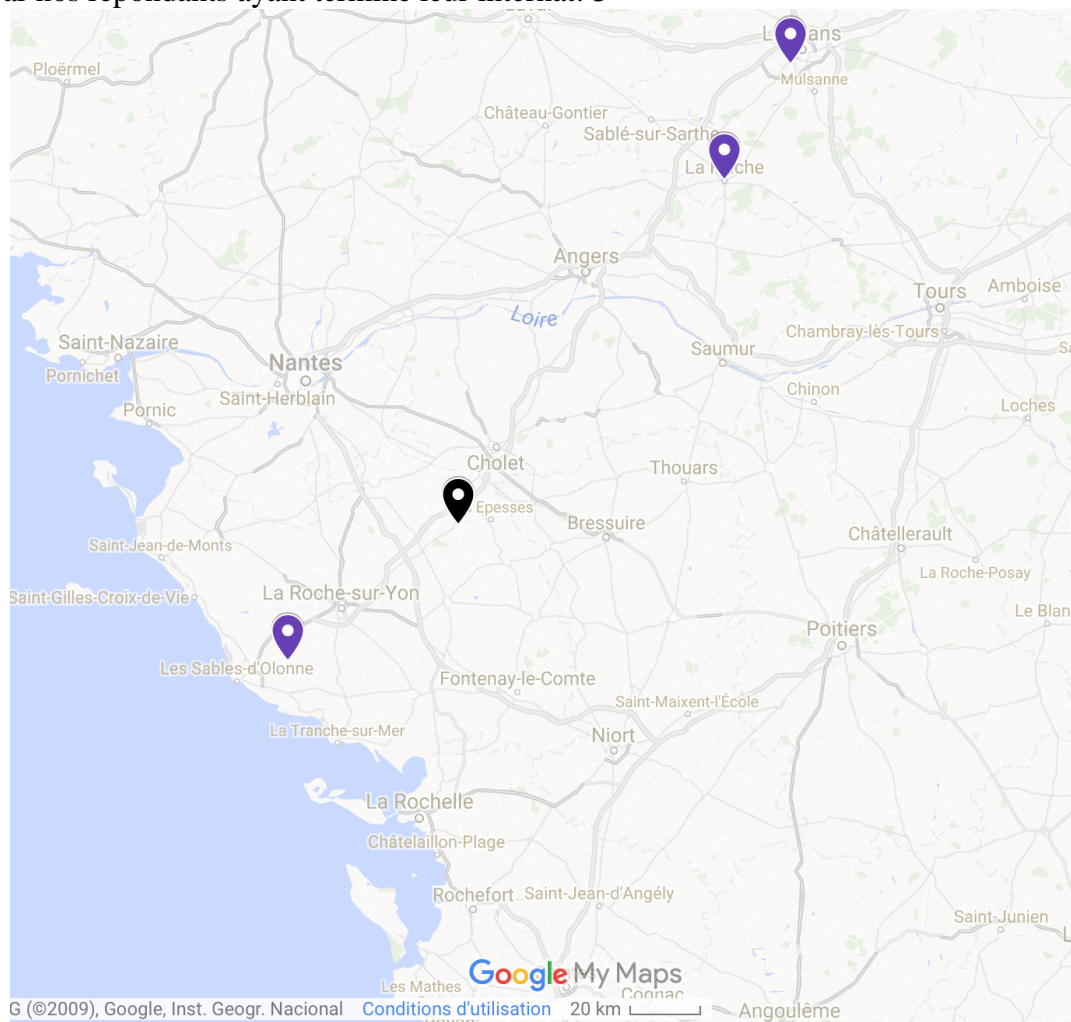


7. Région Pays de la Loire

Nombre d'installés répondants : **1**

Nombre d'installés au 31 décembre 2016 selon l'ARS Pays de la Loire : **8**

Nombre de projets envisagés par nos répondants ayant terminé leur internat: **3**

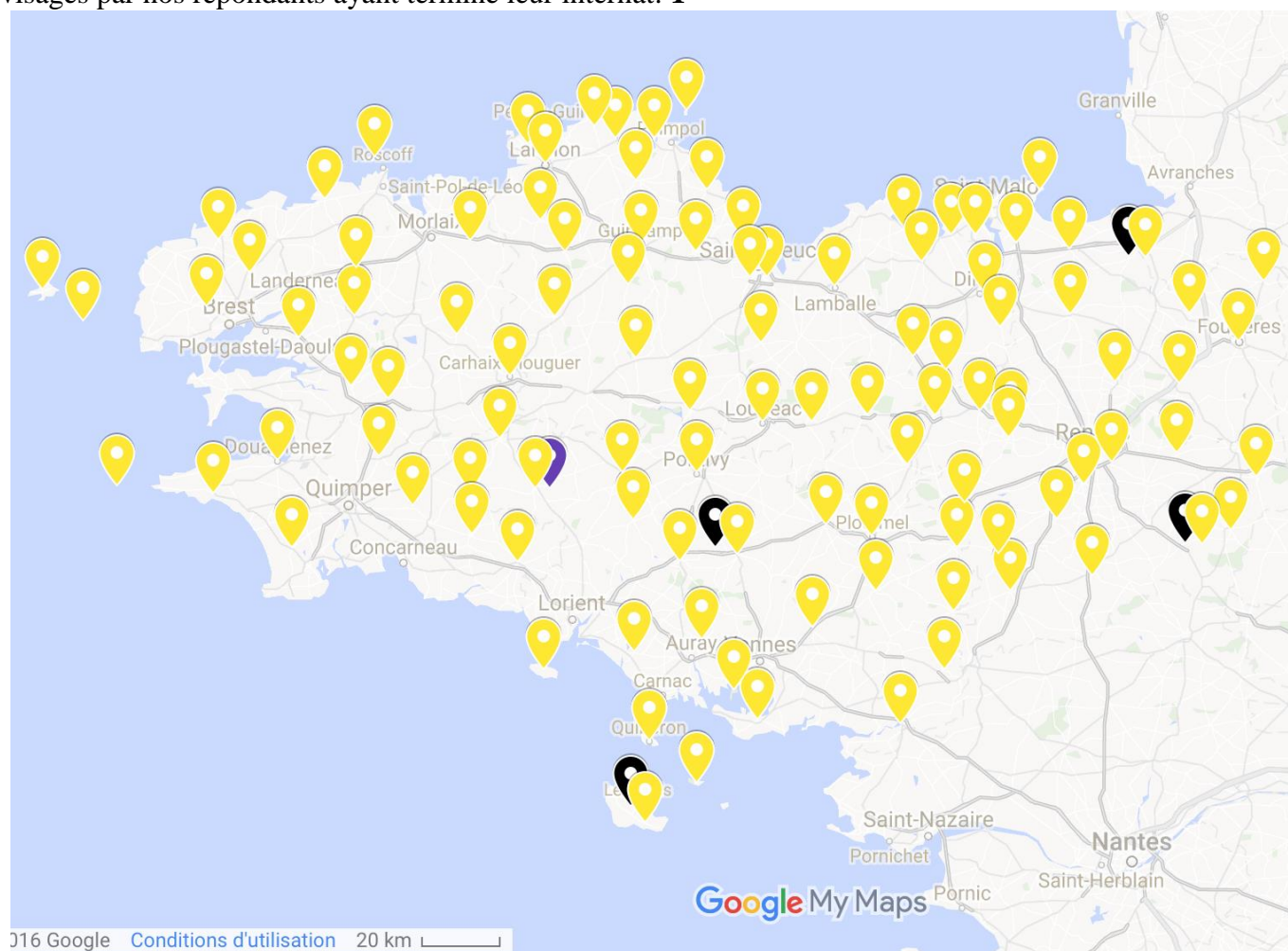


8. Région Bretagne

Nombre d'installés répondants : **4**

Nombre d'installés au 31 décembre 2016 selon l'ARS Bretagne : **6**

Nombre de projets envisagés par nos répondants ayant terminé leur internat: **1**

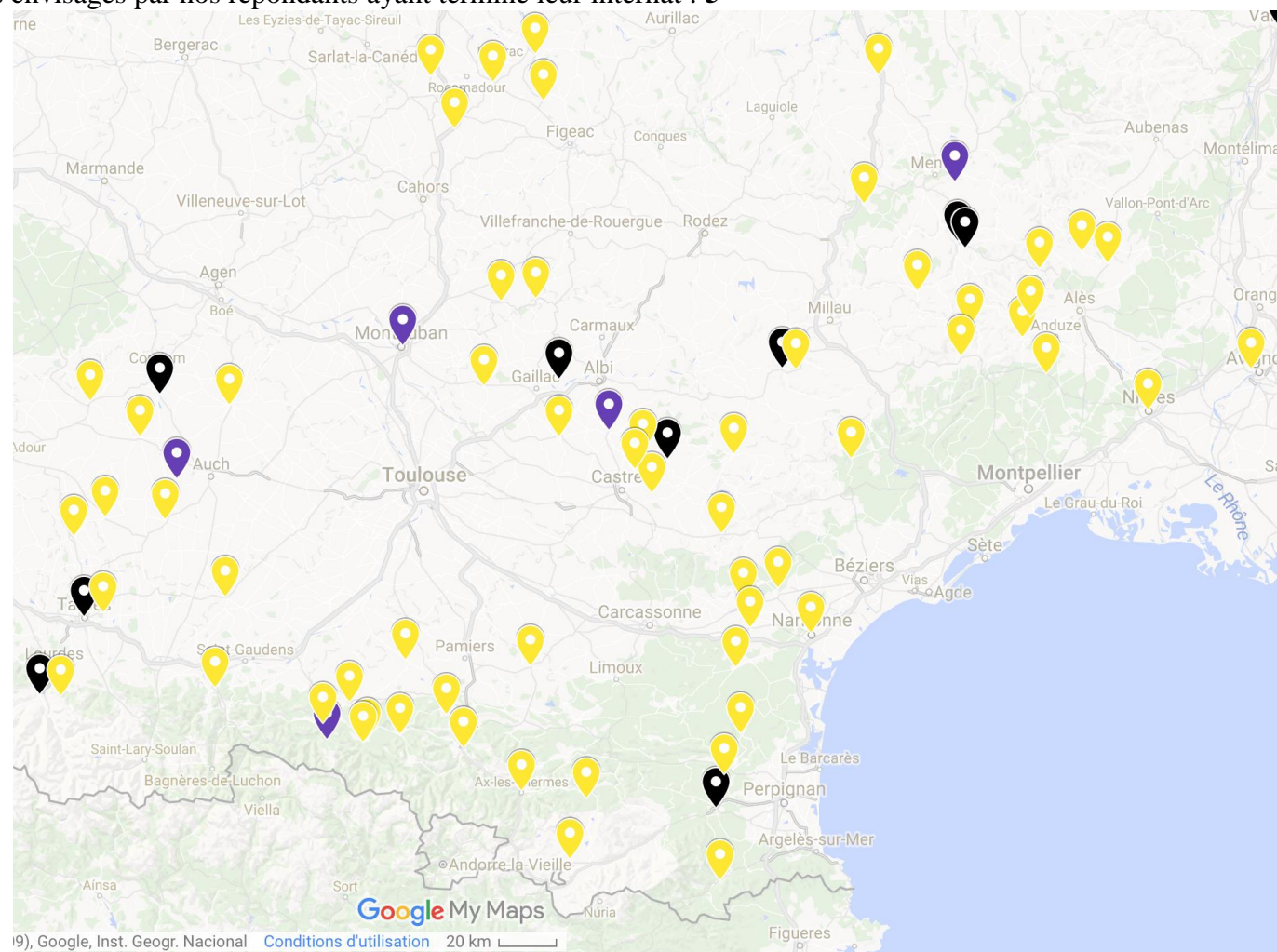


9. Région Occitanie

Nombre d'installés répondants : **9**

Nombre d'installés au 31 décembre 2016 selon l'ARS Occitanie : **9**

Nombre de projets envisagés par nos répondants ayant terminé leur internat : **5**



10. Région Normandie

Nombre d'installés répondants : 7

Nombre d'installés au 31 décembre 2016 selon l'ARS Normandie : 14

Nombre de projets envisagés par nos répondants ayant terminé leur internat: 3

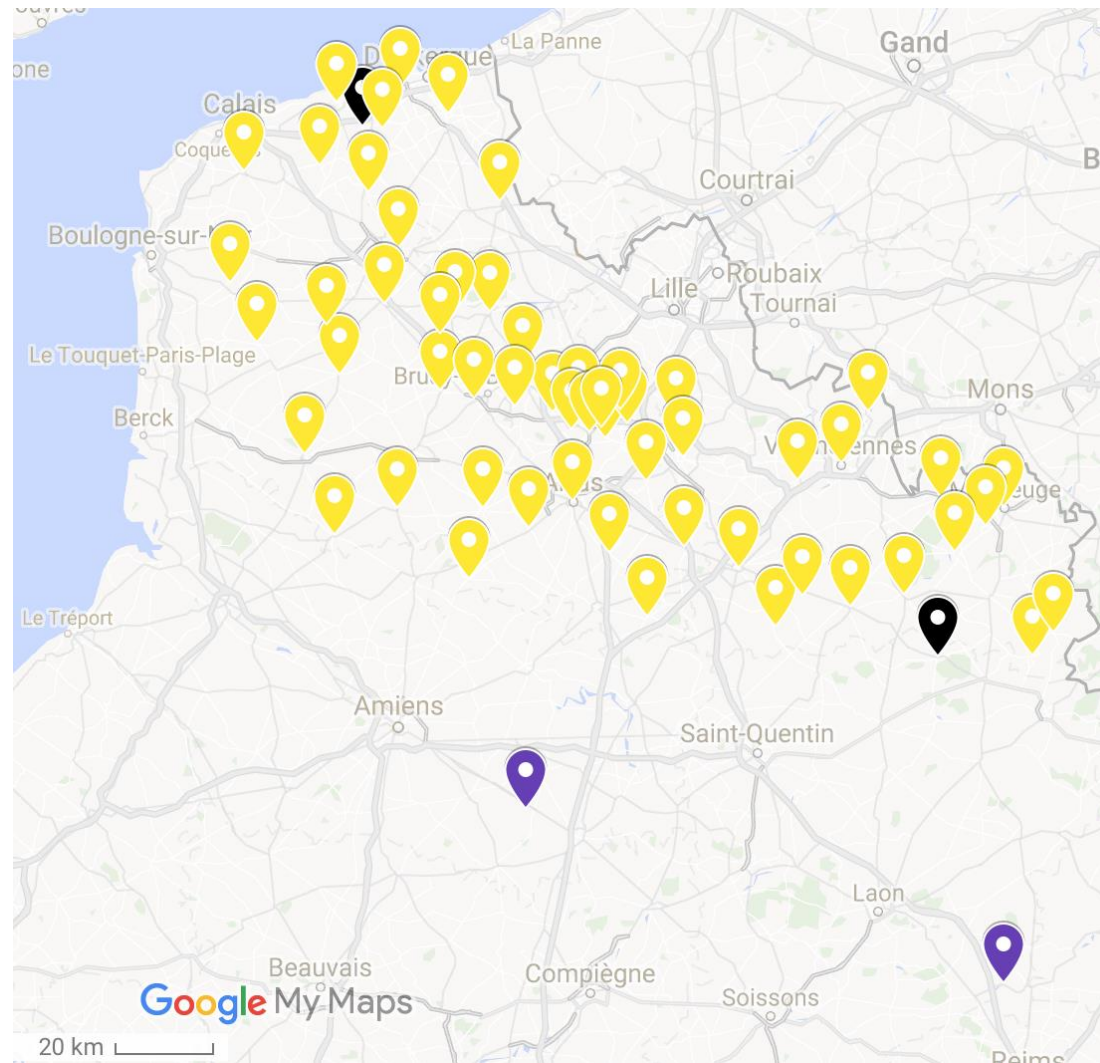


11. Région Hauts de France

Nombre d'installés répondants : **2**

Nombre d'installés au 31 décembre 2016 selon l'ARS Hauts de France: **18**

Nombre de projets envisagés par nos répondants ayant terminé leur internat: **2**

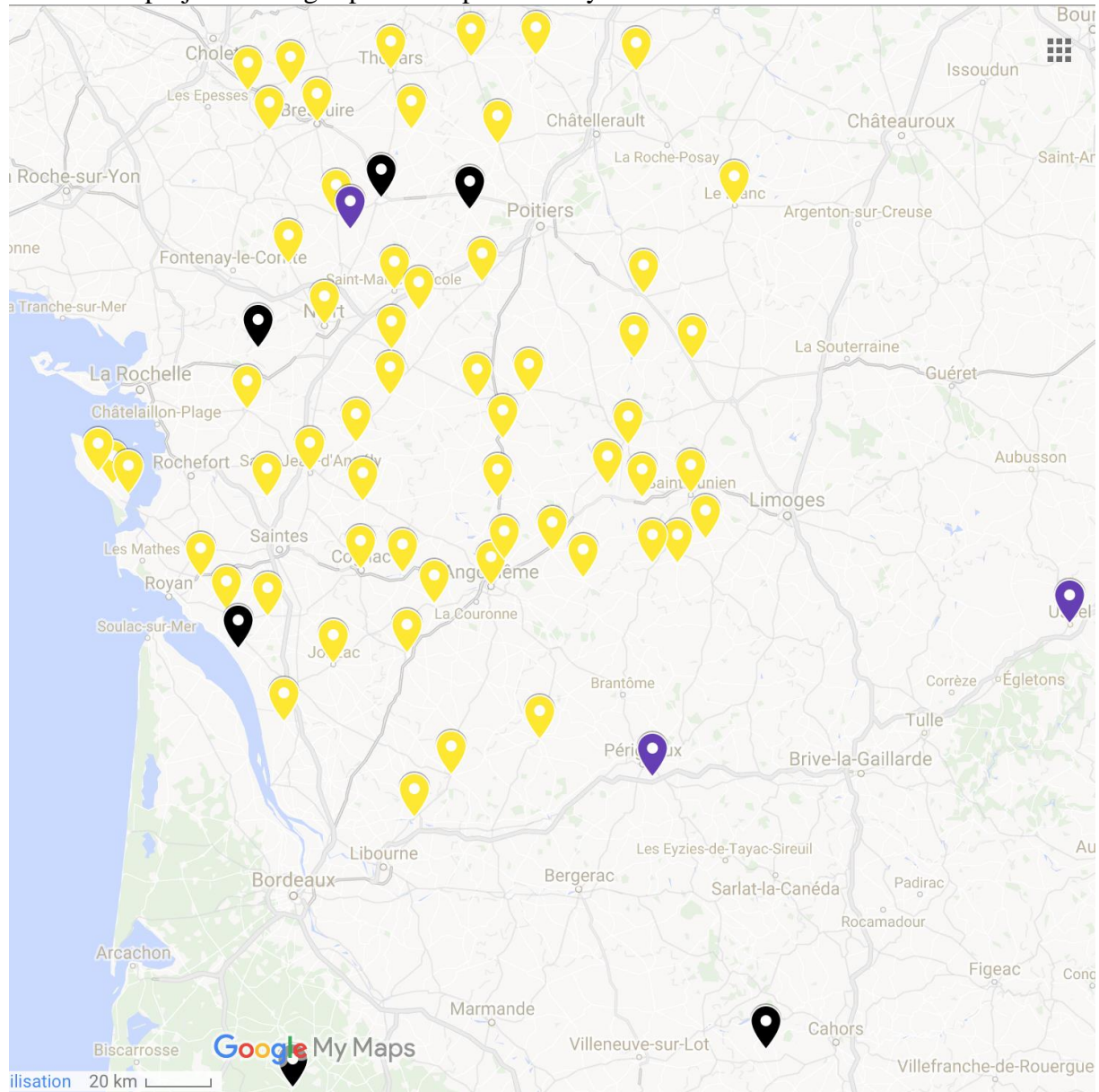


12. Région Nouvelle Aquitaine

Nombre d'installés répondants : **6**

Nombre d'installés au 31 décembre 2016 selon l'ARS Nouvelle Aquitaine: **14**

Nombre de projets envisagés par nos répondants ayant terminé leur internat: **3**

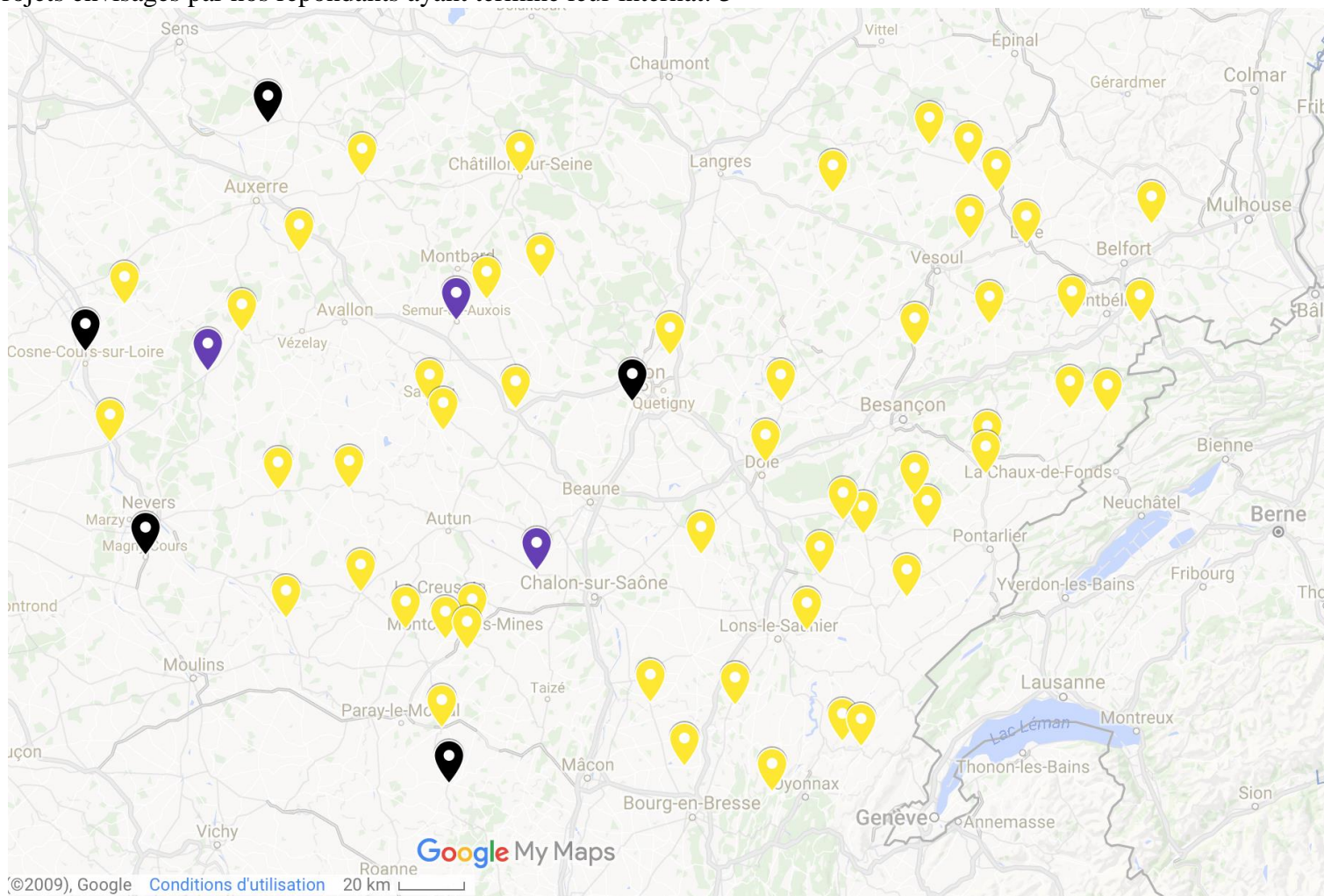


13. Région Bourgogne Franche Comté

Nombre d'installés répondants : 5

Nombre d'installés au 31 décembre 2016 selon l'ARS Bourgogne Franche Comté: 16

Nombre de projets envisagés par nos répondants ayant terminé leur internat: 3

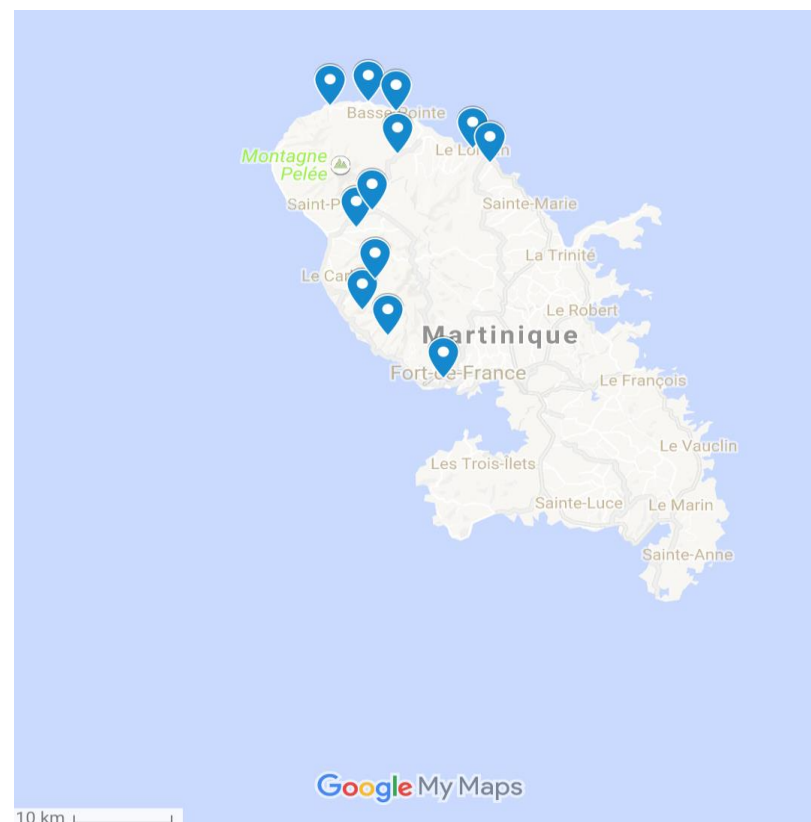
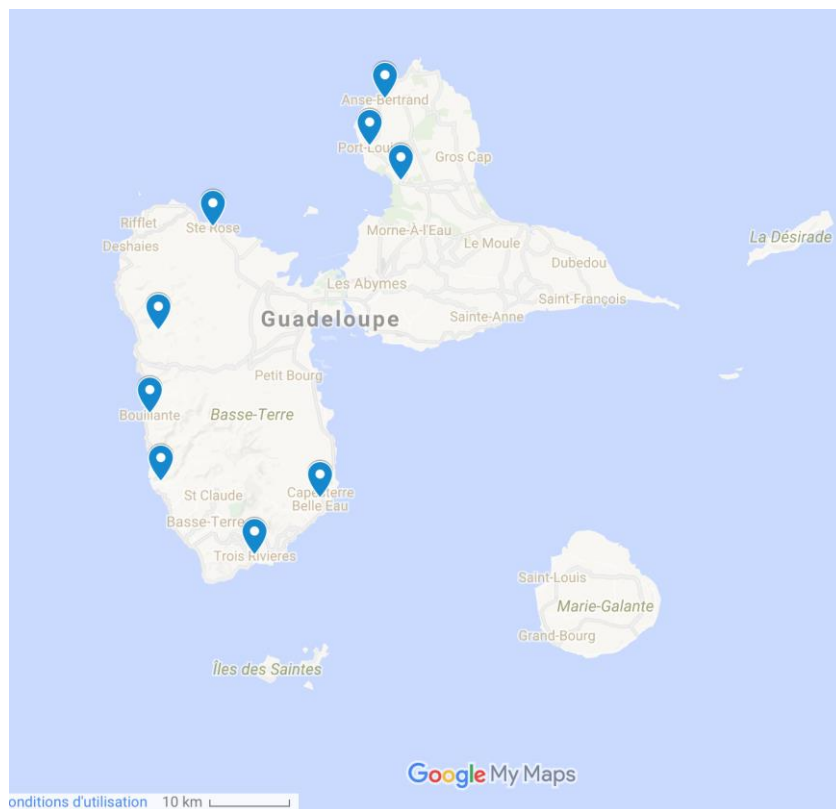


14. Antilles Guyane

Nombre d'installés répondants : **0**

Nombre d'installés au 31 décembre 2016 selon l'ARS Antilles-Guyane: **INCONNU**

Nombre de projets envisagés par nos répondants ayant terminé leur internat: **0**

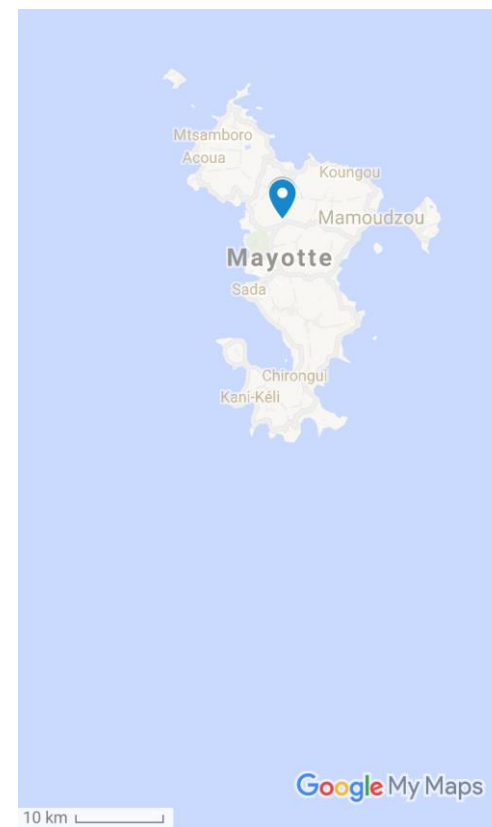
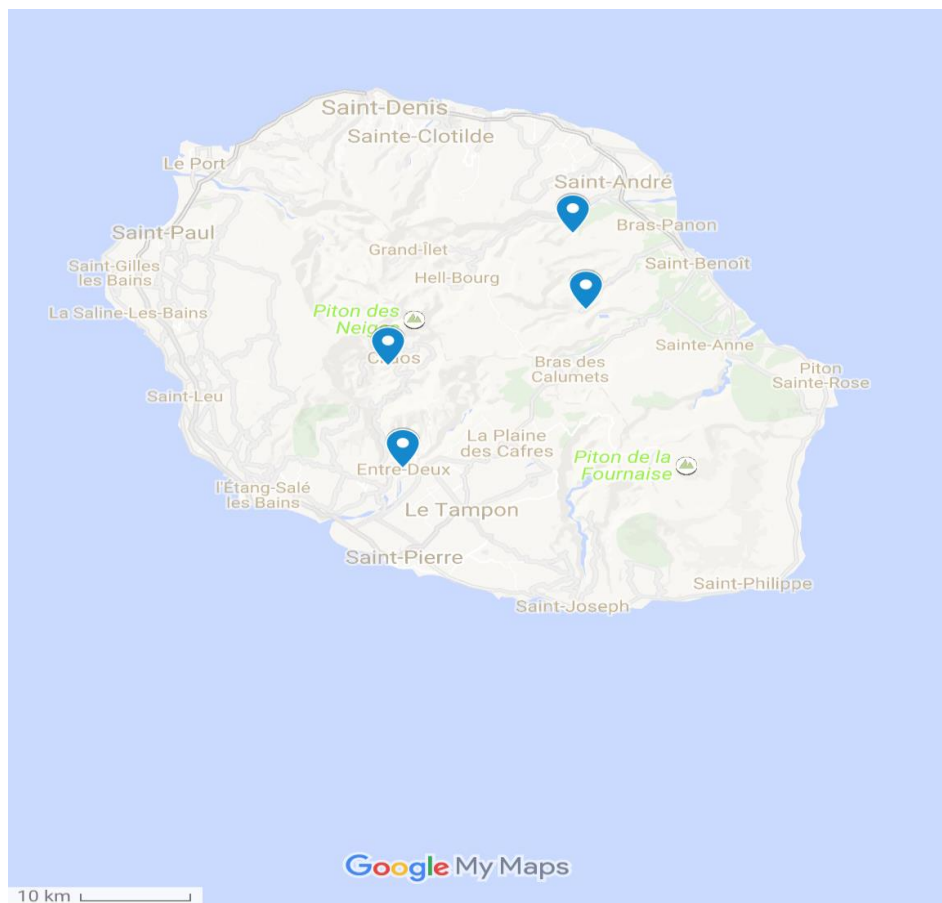


15. La Réunion-Mayotte

Nombre d'installés répondants : **0**

Nombre d'installés au 31 décembre 2016 selon l'ARS Réunion-Mayotte: **INCONNU**

Nombre de projets envisagés par nos répondants ayant terminé leur internat: **0**



Discussion

Cette étude a permis de répondre à l'objectif principal de notre travail en évaluant à la fois les délais d'installation des jeunes médecins généralistes après la fin de leur internat, et si le lieu choisi est en adéquation avec les zonages des ARS.

I. Forces et limites

C'est la première étude qui s'intéresse à l'impact du CESP, ce qui en fait une étude originale. En effet, le dispositif a été mis en place pendant l'année universitaire 2010-2011, et compte tenu de la longueur du cursus, le premier bilan du dispositif ne pouvait pas être plus précoce.

1. Biais de sélection

Nous avons obtenu un taux de réponses de 20,9%. Le taux moyen de réponses aux études de Médecine Générale connu est de 25% (28). Ce faible taux de réponses peut venir du fait qu'une seule diffusion de l'enquête a pu être faite. Compte tenu du faible taux de participation et faute d'effectif suffisant, nous n'avons pas pu réaliser, pour chaque résultat, des tests statistiques significatifs. Cependant nous avons une bonne vision des tendances actuelles.

Le CESP s'adresse aux étudiants et internes de toutes spécialités. Nous avons fait le choix d'étudier uniquement la Médecine Générale, ce qui pourrait favoriser un biais de sélection. Le dispositif est pour autant majoritairement choisi par cette filière. 80,9% des étudiants signataires choisissent la Médecine Générale aux ECN et 89,4% des internes signataires sont en Médecine Générale selon le bilan fourni par le CNG.

2. Biais du questionnaire

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire pour sonder cette population pour laquelle peu de données officielles étaient disponibles. Notre analyse est donc soumise aux biais de mesure et d'échantillonnage propres à ce type d'enquête.

La question « L'ARS a-t-elle fait preuve de souplesse pour faciliter ton installation ? » a été mal rédigée. En effet, a posteriori : que signifie la souplesse selon le répondant. Nous

souhaitions évaluer un facteur favorisant la rapidité d'installation du jeune diplômé mais la souplesse peut réunir de nombreux facteurs différents que l'on aurait pu détailler. Nous avons seulement cité en exemple l'ajout d'une zone ou l'obtention d'un délai avant installation.

Nous avons voulu des questionnaires clairs et des questions fermées ce qui a permis d'obtenir un taux très faible de questionnaires incomplets (n=3 sur 307 réponses).

3. Biais de communication

L'envoi de notre questionnaire a été fait par mail, responsable d'un biais de communication. En effet, nous pouvons présumer que certains de nos courriers électroniques envoyés aient été classés parmi les courriers indésirables dans les boîtes électroniques ou que certaines adresses électroniques n'étaient plus à jour, entraînant la réussite de l'envoi du questionnaire mais personne pour le lire et y répondre.

De plus, une personne m'a indiqué par mail une difficulté pour ouvrir le lien de l'enquête, que j'ai donc du lui renvoyer. Nous pouvons nous demander si cela a pu être le cas pour d'autres.

4. Biais de mesure

Nous avons interrogé les médecins généralistes installés et ceux à venir sur leur lieu d'installation choisi. Certaines réponses (n=2) étaient peu précises et concernaient un département et non une commune, aboutissant à un biais de mesure.

5. Biais d'interprétation

Nous avons mis en relation le nombre de réponses obtenues à notre enquête selon la région d'origine du répondant, avec l'attractivité du dispositif sur les territoires (selon les données nationales). Nous avons également mis en parallèle le nombre de répondants par région avec le nombre de signataires de la région correspondante. Ainsi des biais d'interprétation ont pu être anticipés, c'est à dire la sur-représentativité des facteurs exprimés par des répondants dans une zone où le dispositif pour autant n'a pas une attractivité importante.

Il est important de souligner que l'on a considéré les probabilités au niveau national comme des probabilités théoriques. Nos données ont été interprétées à l'aide d'un test de conformité entre les données régionales et les données nationales. Nos résultats ne sont pas proportionnels au niveau national.

Enfin, les hypothèses testées ont été influencées par les opinions de l'auteur, étant moi même signataire d'un CESP et interne de médecine générale. Pour atténuer ce biais, l'ensemble des réponses aux questions ouvertes ont été retranscrites intégralement et traitées le plus objectivement possible avec l'interprétation de ma directrice de thèse.

II. Analyse de la représentativité

Nous avons comparé notre échantillon (n=272) à l'ensemble des 1472 signataires de la base de données du CNG afin d'évaluer sa représentativité. Cependant les données concernant le profil des signataires étaient limitées. Nous avons donc pu comparer trois caractéristiques générales : la répartition par sexe, la répartition par région d'origine et le niveau d'étude à la signature du dispositif.

1. Selon le sexe

Selon les données nationales fournies par le CNG, et en séparant les étudiants des internes, la différence de répartition des internes signataires selon le sexe était représentative de la population source (khi deux=4,55 p=0,05) avec un peu plus de femmes.

En revanche, la différence de répartition des étudiants signataires selon le sexe n'était pas statistiquement significative (khi deux=2,18 p=0,15).

2. Selon la région d'origine

Le nombre de réponses varie selon les régions, base de notre interprétation.

En ce qui concerne la différence de pourcentage des signataires par région (selon les données fournies par le CNG) et les pourcentages de répondants de notre étude par région d'origine, nous constatons que la proportion de répondants est plus importante dans le Pays de la Loire, la Normandie et le Grand Est et à l'inverse que la proportion de répondants est plus faible pour le Centre Val de Loire, les Antilles/Guyane, la Nouvelle Aquitaine et l'Occitanie.

Pour autant, le dispositif est plus attractif, avec un nombre de signatures plus important, dans les régions suivantes : Antilles/Guyane, Nouvelle Aquitaine, Bourgogne Franche Comté,

Normandie, Auvergne Rhône Alpes et Occitanie. Nous observons donc que le taux de réponses ne suit pas l'attractivité du territoire pour le CESP.

3. Selon le niveau d'étude à la signature du CESP

Nous avons regroupé les répondants selon leur cycle d'étude à la signature du dispositif, à savoir 1^{er} cycle (2^{ème} année), 2^{ème} cycle (3^{ème} à la 6^{ème} année) et 3^{ème} cycle (TCEM1 à TCEM3). Nous avons fait une comparaison entre la répartition de l'ensemble des signataires au niveau national et l'ensemble des répondants de notre enquête par le calcul du khi2 de conformité. Nous avons choisi cette méthodologie car aucun de nos répondants n'avait signé de CESP en 2^{ème} année. Les échantillons d'étudiants signataires (3^{ème} à la 6^{ème} année) et d'internes signataires (TCEM1 à TCEM3) sont représentatifs de la population source au niveau national (khi 2= 184,14, ddl= 2, p=0,0001), avec une plus grande proportion d'internes signataires.

Forces et limites

- Faible taux de participation
- Limite des questionnaires dépendant du support internet et des interprétations des chercheurs.
- Pour autant, représentativité des échantillons selon la répartition par sexe et le niveau d'étude à la signature du dispositif et sur-représentativité des réponses en Pays de la Loire, Normandie et Grand Est.

III. Analyse des profils des répondants

1. Données socio-démographiques

A. Sexe

Nous avons donc majoritairement des femmes qui signent un CESP dans notre échantillon (62,5%), et elles sont encore plus nombreuses au cours de l'internat (66,5% $p=0,05$).

Cette repartition suit la logique des promotions actuelles qui sont constituées désormais de plus de femmes (65%), d'autant plus dans la filière Médecine Générale (13). Notre étude confirme donc la féminisation de la profession médicale et se retrouve représentative de la population d'étudiants et d'internes en Médecine Générale nationale.

B. Age

La moyenne d'âge de nos répondants ($n=272$) est de 28,8 ans à plus ou moins 2,8 ans (Variance=7,72 et $\sigma=2,8$), extrême d'âge allant de 24 à 45 ans. Ces données sont en corrélation avec les chiffres nationaux ; en effet l'âge moyen des jeunes médecins qui commencent l'internat est de 25 ans, donc l'âge moyen de fin d'internat de Médecine Générale (durée de 3 ans) est de 28 ans, hors congés maternité, disponibilité ou redoublement.

C. Situation matrimoniale et familiale

Les internes sont d'avantage en couple (76,4%) très probablement du fait d'une avancée en âge par rapport aux étudiants (55,6%) lorsqu'ils signent le CESP, avec une différence statistiquement significative ($p=0,001$).

On observe une évolution significative de la situation familiale (devenir parent et être en couple) des étudiants entre le moment de la signature du dispositif et le moment de l'enquête (passage de 11,1 à 41,1% pour les étudiants avec au moins un enfant). La tendance est similaire mais moins marquée pour les internes signataires (18,7 à 46,7%).

Ce résultat suit la tendance de la population générale, plus on avance en âge et plus la situation familiale se stabilise.

Par ces chiffres, on peut confirmer qu'il y a une évolution de la situation familiale entre le moment de la signature et le moment de l'enquête ce qui peut influencer sur les choix d'exercice professionnel. En effet, la situation familiale est un déterminant majeur à l'installation des contractants d'un CESP (29). La thèse de Patrick Gicquel met en évidence l'importance accordée par les plus jeunes praticiens en milieu rural à leur qualité de vie. Ainsi, l'exercice professionnel en milieu rural doit être compatible avec le temps libre et la

vie privée ; et l'équipement de la commune concernant les loisirs et la petite enfance sont d'une grande importance (30).

Toutefois, on peut constater qu'il y a peu de différences de situation familiale entre médecins généralistes ayant terminé l'internat et ceux installés.

2. Niveau d'étude à la signature

Le dispositif est majoritairement signé pendant la première année d'internat parmi les répondants (47%). On peut imaginer que ce sont surtout les internes qui ont répondu au questionnaire, car ils sont les plus proches de leur installation et donc les plus concernés par les résultats de cette enquête.

3. Moyens de connaissance du dispositif

On constate que la plupart de nos répondants ont connu le CESP via la faculté ou par l'intermédiaire d'un autre étudiant. Cela suit la tendance des résultats du premier bilan effectué en 2011 sur les vecteurs de connaissance du dispositif (31). Les facultés ont pris conscience de toute l'importance de l'information intra facultaire afin d'assurer une promotion de qualité du dispositif.

La promotion du dispositif par voie intra facultaire démontre que l'étudiant ou l'interne n'a pas été rechercher l'existence d'un tel dispositif, il lui a été communiqué lors d'une réunion ou d'une annonce sur son lieu de formation. Il est pertinent de renforcer la communication sur le dispositif et d'améliorer sa connaissance en accentuant les informations délivrées dans les facultés.

Le répondant

Le répondant est typiquement une femme qui a signé son contrat durant l'internat, dont l'âge moyen est de 28,8 ans et est en couple.

La promotion du dispositif s'est faite principalement par voie facultaire soit au cours d'une réunion d'information sur le dispositif, soit au cours de formation sur l'installation.

IV. Les étudiants signataires

1. Correspondance des choix aux ECN avec le projet initial

Nous pouvons observer que la majorité des étudiants ont obtenu la spécialité et la ville souhaitées lors de leur choix de poste après les ECN.

En revanche, 20% de ces choix sont différents du projet initial à la signature du contrat.

On voit donc que non seulement le projet initial a évolué entre le moment de la signature et le moment des choix aux ECN, mais que cette évolution de projet a été respectée pour leur choix puisque 98,8% des répondants ont obtenu ce qu'ils souhaitaient.

Nous pourrions nous demander si le dispositif est adapté aux étudiants. En effet nous constatons que leur projet de vie évolue plus significativement, impactant leur choix d'exercice professionnel. On constate également que l'évolution au fil des stages durant l'externat peut les faire changer de voie. Ce type de dispositif visant à relancer la démographie médicale dans des secteurs en tension ne peut être bien conçu s'il vise les étudiants selon nous, ceci étant lié au fait de :

- la longueur des études retardant d'autant l'impact du dispositif, et majorant son coût,
- l'évolution de vie familiale en 8 ans d'études, facteur déterminant au choix du lieu d'installation,
- l'évolution des priorités ainsi que des ambitions professionnelles, pouvant modifier les projets initiaux validés.

2. Satisfaction des étudiants

Plus de 60% se disent « très satisfaits » d'avoir signé ce contrat. Par une analyse croisée des données, la satisfaction ne dépend pas du respect du projet initial tant pour la ville que la spécialité. Cela peut être expliqué par le fait que le projet initial a évolué selon le projet de vie ou les stages de l'externat.

Evolution des étudiants

La situation familiale ainsi que le projet initial des étudiants signataires évoluent beaucoup.

- 1 sur 5 ne respecte pas son projet initial lors de ses choix aux ECN (parmi les 90 étudiants signataires répondants)
- Satisfaction globale des étudiants d'avoir signé le dispositif. L'évolution de leur projet (en fonction des stages et de leur situation de vie) est respectée au moment des choix aux ECN.

Pour autant, est-il pertinent de proposer ce contrat si tôt dans la formation ?

V. Les internes actuels (n=175)

Parmi les répondants de notre étude, 175 étaient encore internes en Médecine Générale au moment de l'enquête.

1. Projet d'installation

A. Statut

Le projet d'installation des internes ne confirme pas la tendance actuelle à l'exercice mixte. Nous avons comparé nos données aux données de l'étude l'ISNAR IMG (32), seule étude à l'échelle nationale ayant étudié la tendance des projets professionnels des internes de Médecine Générale. Nous observons que les signataires d'un CESP s'orientent plus vers une activité libérale (Khi deux= 167,42 (2 ddl) $P < 0,001$) alors que la tendance de choix nationale va à l'exercice mixte (28% des internes nationaux).

B. Mode d'exercice

Peu d'internes actuels de notre étude envisagent de travailler seuls (10,3%), la plupart préférant le cabinet de groupe (36%) ou la MSP (51,5%).

En effectuant la comparaison avec les données nationales de l'étude de l'ISNAR-IMG (32), nos répondants s'orientent plus vers la pratique en MSP que vers le cabinet de groupe et bien moins vers le cabinet seul (Khi deux = 40,21 (3ddl) $P < 0,001$). En effet seulement 35,8% des internes interrogés dans l'étude de l'ISNAR IMG souhaitaient pratiquer en MSP. Selon la thèse de Baptiste VACHON de 2012, portant sur l'étude du profil et des motivations des signataires d'un CESP (33), l'exercice en groupe (dont la MSP) était plébiscité par la plupart des répondants.

Le choix de la MSP dénote avec le dispositif. Celui-ci propose des communes déficitaires, des communes où il reste un voire deux médecins proches de la retraite. Les médecins de ces communes sont rarement impliqués dans une dynamique de groupe et dans l'impulsion d'une MSP.

De plus, ce type de structure nécessite, entre le moment de la rédaction du projet et l'ouverture de ses portes, un délai allant de 3 à 5 ans pour voir le jour, selon l'auteur Pierre DE HAAS (34). Sachant que près d'un interne sur deux envisage ce mode d'exercice pour sa pratique future, soit l'interne verra son installation retardée impactant le délai d'installation, soit son projet ne sera pas respecté et son installation risque de ne pas être pérenne.

Cela implique donc une certaine anticipation pour que le projet de l'interne soit respecté. C'est une limite au CESP, il ne peut pas répondre à l'attente des signataires en matière d'exercice professionnel.

Pourtant, une Maison de Santé Pluriprofessionnelle est un atout majeur de santé publique pour redynamiser un territoire. En effet, un de ses objectifs est que l'un des médecins généralistes au sein de cette structure soit maître de stage. L'attrait des jeunes internes en stage en milieu rural est un avantage non négligeable pour trouver des remplaçants et collaborateurs futurs, dans des territoires peu attractifs au départ.

C. Lieux d'exercice et type de zone

Les zones rurales sont préférentiellement envisagées pour 85,7% de notre échantillon. Cependant, il ressort que 49,7% n'ont pas encore choisi leur futur lieu d'exercice, et 17,7% n'ont pas consulté la Liste des Lieux d'Exercice proposée par le CNG pour leur installation future.

Près d'un interne sur deux n'a pas choisi son futur lieu d'exercice. On peut se demander si cela dénote un désintérêt pour le projet, si c'est en lien avec un manque d'accompagnement par l'ARS, ou alors que leur projet est insuffisamment construit lors de la candidature.

La signature d'un tel contrat implique l'engagement du contractant pour minimum deux ans de sa vie dans une zone dite déficitaire.

A quelques années de leur installation (moins de 3 ans en théorie), un nombre trop important d'internes n'a pas de projet défini en ce qui concerne le choix de son lieu d'exercice et n'a donc pas entamé de démarches en vue de son installation.

L'étude des déterminants au choix du lieu d'installation chez les signataires d'un CESP dans la thèse de M-H GRASSAUD de 2013, démontre qu'avoir connaissance de son futur lieu d'exercice tient une place importante, que ce soit du fait de relations existantes ou d'y avoir exercé en tant que stagiaire ou remplaçant (29). Ce choix est donc une étape primordiale et importante, soumis à de nombreux facteurs individuels, ce qui peut expliquer que près de la moitié de notre échantillon ne se soit pas décidée.

D. Accompagnement par l'ARS

On observe que seuls 39,4% des répondants de notre échantillon bénéficient d'un accompagnement annuel de la part de leur ARS référente que ce soit par contact téléphonique, entretien individualisé ou de groupe, mail ou par courrier postal.

Cela semble une nouvelle fois étonnant pour des jeunes médecins censés s'installer rapidement. L'anticipation du signataire dans la mise en place de son projet d'installation est pourtant primordiale. Là est l'enjeu des ARS dans leur rôle d'accompagnement pour rappeler ces formalités et ces étapes, afin de pouvoir intégrer et faire vivre des structures telles que les MSP.

Ce facteur d'accompagnement peut influencer sur le délai avant l'installation du généraliste et donc desservir le dispositif et son efficacité s'il n'est pas de qualité. De plus, selon les données nationales proposées par l'étude de l'ISNAR IMG (32), 55,6% de leurs répondants accepteraient de s'installer en milieu rural si des solutions étaient apportées pour faciliter leur installation. On peut alors envisager de proposer aux référents ARS une formation sur la nécessité et le type d'accompagnement à apporter aux contractants en vue d'améliorer l'efficacité du dispositif.

2. Satisfaction des internes actuels

77,3% des internes sont « satisfaits à très satisfaits » du dispositif.

6,3% sont « insatisfaits à très insatisfaits ». L'insatisfaction est peu expliquée puisque seulement 3 répondants nous ont donné le motif de leur mécontentement. Nous pouvons simplement observer que l'engagement se retrouve être un frein aux projets de vie pour nos 3 répondants.

Les internes et leur projet d'installation

51,5% souhaitent s'installer en MSP

49,7% n'ont pas choisi leur lieu d'exercice

17,7% n'ont pas encore connaissance des lieux d'exercice proposés

60,6% sont non accompagnés de manière annuelle par leur ARS référente

- RISQUE DE RETARD A L'INSTALLATION
- BESOIN D'ANTICIPATION de la part du signataire et des ARS

VI. Médecins ayant terminé leur internat, non installés (n=46)

Pour rappel, le jeune médecin généraliste CESP ne peut s'installer que s'il détient son Diplôme d'Etat. Il doit donc avoir validé ses 6 semestres d'internat, avoir soutenu sa thèse et son mémoire, et avoir validé l'ensemble des cours exigés par la faculté.

1. Motifs de non installation

63% des répondants de notre échantillon de médecins non installés (n=29 sur 46) n'ont pas soutenu leur thèse.

Il serait donc intéressant d'offrir un meilleur accompagnement universitaire par le département de Médecine Générale pour ces étudiants, afin que leur thèse soit soutenue avant la fin de leur internat.

D'après les résultats de la thèse de F. BRABARIN de 2015, le délai moyen de travail d'une thèse était de 17 mois et la prévalence des thèses soutenues à 18 mois après l'internat de son échantillon était de 40%, et seulement 2% pendant l'internat (34). Il apparaît clairement que la soutenance de la thèse est un facteur retardant l'installation. En effet, la plupart des reports à l'installation sont en lien avec le travail de thèse.

De plus, nos résultats montrent que 34,8% des jeunes médecins ayant terminé leur internat n'ont pas encore fait le choix de leur futur lieu d'exercice malgré la fin de leur internat.

8,7% déclarent ne pas être installés du fait d'un projet de MSP en cours d'achèvement.

Malgré tout, 84,8% des non installés remplacent dans une zone déficitaire.

2. Projet d'installation

A. Statut

78,2% se dirigent vers une activité libérale. Cela suit la tendance de choix des internes CESP actuels avec un faible attrait pour l'activité mixte (13%).

B. Mode d'exercice

Les répondants de notre échantillon déclarent avoir une préférence à la pratique en cabinet de groupe pour 54,3% d'entre eux. La différence avec l'échantillon des internes est statistiquement significative avec un plus faible attrait pour les MSP (28,3%) ($p=0,01$).

C. Lieux d'exercice et type de zone

La majorité s'oriente vers une zone rurale ou fragile (84,8%), ce qui suit la tendance de choix des internes ($p=0,02$). En revanche, 34,8% des répondants de notre échantillon déclarent ne pas avoir fait le choix de leur futur lieu d'exercice.

Nous constatons un nouveau facteur retardant l'installation. Le choix du futur lieu d'exercice est difficile. Malgré un projet défini au départ pour poser candidature et la fin de son internat, le choix n'est pas encore fait pour plus d'un médecin sur trois de notre échantillon.

D. Remplacement

84,8% remplacent avant de s'installer, ce qui rejoint la dynamique actuelle des jeunes diplômés français, mais concourt au retard à l'installation. Seulement 4,7% des répondants de l'étude grenobloise (32) souhaitaient s'installer dans l'année qui suit l'obtention de leur diplôme. Le remplacement avant l'installation permet de découvrir le territoire tant pour la pratique professionnelle que pour les facteurs impactant la vie quotidienne personnelle, et se trouve donc être une étape importante dans le choix du futur lieu d'exercice.

3. Satisfaction

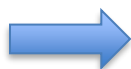
La satisfaction des médecins non installés est plus mitigée. En effet, une proportion « d'insatisfaits et de moyennement satisfaits » est importante (39,1%). On peut se demander si cela s'explique par le fait que les médecins non installés sont en difficulté pour mener à bien leur projet, tant par le choix de leur lieu d'exercice que par l'organisation matérielle.

Les médecins en fin d'internat non installés et leur projet (n=46)

63% n'ont pas soutenu leur thèse (n=29).

78,2% s'orientent vers une activité libérale, 54,3% vers un cabinet de groupe et à 84,8% en zone rurale.

34,8% n'ont pas fait le choix de leur futur lieu d'exercice (n=16).



Accompagnement universitaire en ciblant les internes CESP afin qu'ils soient doctorants plus rapidement et anticipation du signataire aidé par un renforcement de l'**accompagnement des ARS**.

VII. Médecins généralistes installés (n=51)

40,2% des installés nationaux dans le cadre d'un CESP ont répondu.

Il est important de signaler que le CNG comptabilise 127 installations au 31 décembre 2016. Du fait d'un manque de coordination et donc d'information (pluriannuelle) entre le CNG et certaines ARS, des installations effectives peuvent être inconnues du CNG et donc manquantes au bilan annuel. C'est pourquoi, nous avons décidé de mener un travail supplémentaire en contactant par téléphone et par mail, le référent CESP de chaque grande région, afin de connaître le nombre de médecins généralistes réellement installés au 31 décembre 2016. Il y avait en réalité 133 installés.

1. Délais

Nous avons considéré dans notre étude qu'un délai de 6 mois après la fin de l'internat représentait un gage d'efficacité du dispositif. En effet, les installations en médecine générale se font de plus en plus tardivement comme le démontre la littérature. Ce délai court est donc

un critère exigeant. D'autant plus que la réglementation du dispositif impose au signataire de s'installer à l'obtention de son Diplôme d'Etat, qui peut être différée en fonction du temps de travail et de soutenance de la thèse et d'autres facteurs inhérents à la vie personnelle du signataire.

Nos résultats ont montré que 66,7% des installés (n=34 sur 51) l'ont fait dans un délai inférieur à 6 mois après la fin de leur internat et 24,9% (n=15 sur 51) dans un délai inférieur à un mois.

Nous n'avons pas retrouvé de données dans la littérature sur le délai séparant la fin de l'internat et l'installation du médecin généraliste français. Nous savons en revanche d'après les études, que l'omnipraticien pose sa plaque à un âge moyen de 39 ans (10).

Si nous considérons comme cité plus haut, qu'il faut en moyenne 17 mois pour soutenir la thèse d'exercice et que la soutenance a lieu, pour la majorité des médecins, après la fin de l'internat (34) ; ceci ajouté à un délai moyen d'installation évalué à 3,7 ans après la thèse, nous arrivons à un délai cumulé minimal de 5 ans après la fin de l'internat avant de voir le jeune généraliste s'installer hors du contexte du CESP. La tendance de l'étude ISNAR-IMG suit ces chiffres puisque pour les internes au niveau national, 64,9% des femmes et 55% des hommes projettent de s'installer 3 ans après l'obtention de leur Diplôme d'Etat (32).

Selon nos observations le dispositif peut agir sur le délai d'installation du jeune généraliste et favoriser une installation plus rapide que pour un médecin généraliste hors du cadre d'un CESP.

2. Lieux d'exercice

Afin d'apprécier la répartition des installés, nous avons choisi d'effectuer des cartographies de chaque grande région. Chaque carte comporte l'ensemble des communes proposées à l'installation par le CNG et les ARS, les communes de médecins généralistes installés et les communes choisies par ceux ayant terminé leur internat dont l'installation est à venir.

Dans le but d'améliorer la lecture de ces cartes, nous avons signalé le nombre d'installés connus au 31 décembre 2016 selon le bilan fourni par chaque référent ARS grande région.

Nous pouvons constater que les zones d'exercice choisies sont en accord avec les cartographies faites par les ARS.

Les médecins généralistes installés ont préférentiellement choisi les zones rurales en respectant la tendance de choix des signataires.

80,4% se sont installés dans une zone prédéfinie, 19,6% (n=10 sur 51) dans une zone rajoutée par l'ARS.

Cela met en évidence une certaine souplesse pour faciliter les installations. En revanche ces zones rajoutées restent des zones fragiles, parfois semi-rurales, où la tension démographique est existante. Très souvent il s'agit de zones où les médecins installés sont sur le point de partir en retraite et le besoin à court terme anticipé.

Dans une analyse plus fine des zones d'installations effectives de nos répondants, nous pouvons observer que certaines régions sont plus attractives. Nous pouvons citer les régions **Occitanie** et **Auvergne Rhône Alpes** suivie de la **Normandie** puis **Nouvelle Aquitaine**.

Les régions les moins attractives en terme d'installation de notre échantillon d'installés sont les régions **Centre Val de Loire** puis **Pays de la Loire**, **Ile de France** et les **Hauts de France**.

On remarque tout de même un faible attrait pour les Zones Urbaines Sensibles avec seulement 3,9% des installés ayant opté pour ce type de zone.

3. Souplesse des ARS

53% affirment que l'ARS a fait preuve de souplesse pour leur installation.

Cette souplesse peut être définie par la possibilité d'effectuer des remplacements avant de s'installer, et donc de différer l'installation malgré l'obtention du Diplôme d'Etat.

Par une analyse croisée des données, les zones les plus attractives sont associées à une plus grande souplesse des ARS selon les répondants avec parfois des ajouts de nouvelles zones facilitant ainsi l'installation du jeune généraliste. Ces zones sont des communes en situation de fragilité, susceptibles de voir l'offre de soins se dégrader et éventuellement évoluer vers le classement « déficitaires ».

4. Statut et mode d'exercice

86,3% (n=44) ont choisi le statut libéral ce qui suit la tendance observée dans les projets d'installation des internes actuels et des médecins encore non installés.

45% (n=23) ont choisi un mode d'exercice en cabinet de groupe et 43% (n=22) en MSP. La comparaison avec les projets des internes CESP actuels retrouve une différence statistiquement significative en faveur du cabinet de groupe par rapport aux MSP ($p < 0,02$).

62,7% déclarent avoir remplacé avant de s'installer, période nécessaire pour prospecter, découvrir le futur lieu d'exercice et se faire une idée du type de pratique souhaitée.

78,4% des installés ont choisi une zone à moins de 20 km de leur domicile. Ces données sont en accord avec les aspirations des jeunes médecins souhaitant s'installer en zone rurale selon la thèse de Pascal GICQUEL (30).

5. Satisfaction

72,5% des médecins installés sont « satisfaits » à « très satisfaits » d'avoir signé un CESP. 13,7% (n=7) se disent « insatisfaits à très insatisfaits ». Nous pourrions nous demander ce qui mécontente les médecins installés.

Dans une analyse croisée, nous retrouvons que parmi les mécontents :

- aucun n'a bénéficié de souplesse de la part de l'ARS,
- aucun ne s'est installé dans une zone rajoutée par l'ARS,
- aucun n'a eu de report à l'installation,
- 3 ont remplacé après l'obtention de leur DE quelques mois avant de s'installer.

Médecins installés

Les modalités d'installation des médecins généralistes de notre étude sont en adéquation avec les projets envisagés au moment de l'internat.

Toutefois, seulement 52,6% (n=51) sur les 97 ayant répondu avoir terminé leur internat sont installés. Principalement du fait d'une absence de soutenance de thèse.

Une nouvelle fois on souligne une absence d'anticipation de la part du signataire, du système universitaire et des ARS.

Conclusion

Le dispositif a donc fait ses preuves. Nous avons bien constaté que les jeunes médecins généralistes s'installent dans les six premiers mois suivant la fin de leur internat, en se répartissant dans des zones dites déficitaires. On retrouve une satisfaction globale de l'ensemble des répondants quelque soit leur statut actuel.

Pour autant, une amélioration du dispositif doit être sérieusement envisagée, dans un intérêt de santé publique et du praticien afin d'optimiser le service rendu à la population.

Sur le fond, la réglementation du dispositif dans ses conditions d'attribution doit être repensée. De même, les étudiants et externes ne sont pas assez avancés dans leur vie et leur cursus pour pouvoir se projeter si tôt dans leur orientation professionnelle. Ils ne devraient pas être concernés par ce dispositif, compte tenu de la longueur des études et du coût financier remarquable que cela représente pour l'Etat.

Sur la forme, il est primordial et urgent de travailler sur l'accompagnement à l'installation des signataires par les référents ARS, accompagnement qui doit correspondre aux attentes des étudiants d'aujourd'hui.

Un tel contrat aurait remporté un vif succès auprès de la génération des médecins actuellement en exercice, à savoir un médecin généraliste de 50 à 60 ans. Actuellement, la mentalité des étudiants a évolué comme dans le reste de la population française. Non seulement les priorités sont données à l'épanouissement personnel, mais les étudiants de cette génération sont habitués, tout au long de leur scolarité et de leur cursus supérieur, à être accompagnés et très encadrés. Ce dispositif gagnerait énormément en efficacité si les référents ARS intégraient ce besoin de « maternage ».

Ce travail devrait être complété. Trop peu de médecins généralistes ont honoré leur contrat, et il serait intéressant de savoir si les médecins installés resteront en zone déficitaire une fois leur engagement terminé.

Bibliographie

1. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
2. Gouyon M. Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés : comportements et opinions. Dossier Solidarité Santé. 2009;(11).
3. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2004-67 janvier 16, 2004.
4. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36. 2009-879 juillet 21, 2009.
5. Évolution de la population – Bilan démographique 2015 | Insee [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
6. Blanpain N, Chardon O. Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine : méthode et principaux résultats | Inseelm:= [Internet]. 2010. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1380813>
7. Tableau récapitulatif de la répartition des 30 affections de la liste ALD 30 par sexe et tranche d'âge. 2012. [Internet] <http://www.ameli.fr/1-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/incidence/ald-30-en2012.php>
8. Desplanques G. Vieillesse démographique et territoires : les personnes âgées à travers la France, aujourd'hui et à 2040. Territoires 2040. 2012;(n°5) page 14.
9. Bouet P, Le Breton-Lerouillois, Rault J-F. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2016 [Internet] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
10. Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le guellec MJ. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Question D'économie de la Santé. avril 2004;(81) page 2.
11. Arrêté du 21 décembre 2015 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2015-2016 en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014.
12. Bachelet M, avec la collaboration du Centre National de Gestion. Les affectations des étudiants en Médecine à l'issue des Epreuves Classantes Nationales en 2013. Etudes Résultats. octobre 2014 ; (894) DREES page 2 et 3.
13. KAHN-BENSAUDE I. La féminisation : une chance à saisir. décembre 2005 p. 28. [Internet] <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-729>
14. Aulagnier M, et Al. L'exercice de la Médecine Générale libérale. Etudes et Résultats.

novembre 2007 ; (610) DREES page 2.

15. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et Résultats. février 2009 ; (679) DREES page 2 et 4.

16. Baude N, Flacher A, Bosson J-L, Marchand O. Soins primaires : crise et dynamique d'avenir. Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. Vie Professionnelle. mars 2008.

17. Robelet M, Lapeyre-sagesse N, Zolesio-Ens E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. 2006. [Internet] <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/feminisationsociologie.pdf>

18. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. 2007-1786 décembre 19, 2007.

19. DGOS. Observatoire des MSP. mars 2015. [Internet] http://www.ffmps.fr/images/journees_2015/Pr%C3%A9sentation_Observatoire_MSP_FFMP_S_20_03_15.pdf

20. PODEUR A, LIBAULT D. Instruction DGOS/R2/DSS n° 2012-07 du 4 janvier 2012 relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. octobre 7, 2011 p. 17.

21. Bourgueil Y, Mousquès J, Marek A, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France. Question D'économie de la Santé. mai 2007 ; (122) page 2.

22. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 46. 2009-879 juillet 21, 2009.

23. Arrêté du 27 juillet 2010 relatif aux modalités de sélection des bénéficiaires du contrat d'engagement de service public, d'attribution et de suspension de l'allocation prévue à l'article L. 632-6 du code de l'éducation.

24. Décret n° 2013-1080 du 29 novembre 2013 relatif aux modalités de sélection et de suivi des signataires d'un contrat d'engagement de service public durant les études médicales. 2013-1080 novembre 29, 2013.

25. Arrêté du 24 juin 2011 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité mentionnée à l'article L. 632-6 du code de l'éducation.

26. Arrêté du 6 mars 2012 modifiant l'arrêté du 24 juin 2011 relatif aux modalités de calcul de l'indemnité mentionnée à l'article L. 632-6 du code de l'éducation.

27. Décret n° 2013-734 du 14 août 2013 relatif aux modalités de passation et d'exécution du contrat d'engagement de service public durant les études médicales. 2013-734 août 14, 2013.

28. Morice E, Leroyer E. Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale? Exercer. 2012 ; 23 (100). page 31 et 32.
29. Grassaud M-H. Déterminants du choix du lieu d'installation en zone déficitaire pour les internes ayant souscrit au contrat d'engagement du service public. Document de 38 pages Th. D : Médecine Générale Toulouse III Paul Sabatier; 2013. n° 2013 TOU3 1075
30. Gicquel P. Déterminants de l'installation en zone rurale: enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique. Document de 82 pages Th. D : Médecine Générale [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2010. n°003
31. Régnard C. Le Contrat d'Engagement du Service Public : bilan d'une première année. Direction générale de l'offre de soins ; juillet 2011 [Internet] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_du_Bilan_v3.pdf
32. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale, Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, ISNAR-IMG, Du 2 Juillet 2010 au 1er Janvier 2011. [Internet] <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
33. Vachon B. Profil et Motivations des signataires d'un CESP. Document de 61 pages. Th. D : Médecine Générale. Versailles Saint Quentin En Yvelines; 2012.
34. De HAAS P. Monter et faire vivre une maison de santé. Le coudrier. 2015. (partage d'expérience) document de 188 pages.
34. Barbarin F. Les travaux de thèse des jeunes médecins généralistes en 2015, dix huit mois après la fin de leur internat à Bordeaux : Situation par rapport aux objectifs personnels, prévalence de soutenance et facteurs d'influence de l'avancée de la thèse. Document de 126 pages Th. D : Médecine Générale. Paris DESCARTES; 2015.

Abréviations

ALD Affection Longue Durée

ARS Agence Régionale de Santé

CESP Contrat d'Engagement du Service Public

CNG Centre National de Gestion

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

ECN Epreuves Classantes Nationales

DDL Degré De Liberté

DE Diplôme d'Etat

DES Diplôme d'Etudes Spécialisées

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

FICQS Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

HPST Hôpital Patients Santé Territoires

INSEE Institut National de Statistique et des Etudes Economiques

ISNAR IMG InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

LLE Liste des Lieux d'Exercice

MSP Maison de Santé Pluri-Professionnelle

SROS Schéma Régional d'Organisation des Soins

TCEM Troisième Cycle d'Etudes de Médecine

UFR Unité de Formation et de Recherche

ZRR Zone de Revitalisation Rurale

ZUS Zone Urbaine Sensible

Annexe 1: Questionnaire

Impact du CESP dans l'installation des jeunes médecins généralistes en France

Merci de prendre quelques minutes pour cette enquête! Nous avons vous et moi, choisi de signer un CESP. Grâce à votre participation, nous pourrons faire un état des lieux de l'efficacité du dispositif et dégager des pistes d'amélioration le cas échéant! Merci pour ces quelques clics!

*Obligatoire

Présentation

1. **Qui es-tu? *** Homme femme
2. **Quelle est ton année de naissance? ***
3. **Quelle est ta situation familiale à la signature du CESP? *** Célibataire En couple
4. **Quelle est ta situation familiale à ce jour (au moment de cette enquête)? *** Célibataire En couple
5. **Avais-tu des enfants à charge à la signature du CESP (une grossesse équivaut à un enfant) *** Oui Non
6. **As tu un ou des enfant(s) à charge à ce jour (au moment de l'enquête) ? (une grossesse équivaut à un enfant) *** Oui Non
7. **Quelle est ta faculté d'origine ? ***

Amiens Anger Besançon Bordeaux Brest Caen Clermont-Ferrand Dijon Grenoble Guadeloupe La réunion Lille Lille Catholique Limoges Lyon Est Lyon Sud Marseille Montpellier Nancy Nantes Nice Paris V Descartes Paris VI Pierre et Marie Curie Paris VII Diderot Paris XI le Kremlin Bicêtre Paris XII Créteil Paris XIII Bobigny Paris IDF Ouest Poitiers Reims Rennes Rouen Saint Etienne Strasbourg Toulouse Purpan Toulouse Rangueil Tours AUTRE (faculté étrangère)

8. Comment connais-tu le dispositif CESP? *

Informations via la faculté - Internet - Un étudiant ou interne t'en a parlé - Tract papier - Autre

9. En quelle année as-tu signé un CESP? *

FGSM2 FGSM3 FASM1 FASM2 FASM3 TCEM1 TCEM2 TCEM3 TCEM4 TCEM5

Tu as donc signé un CESP durant ton externat!

10. Quelle est ta promotion actuelle? *

FGSM2 FGSM3 FASM1 FASM2 FASM3 TCEM1 TCEM2 TCEM3 TCEM4 TCEM5 Coursus terminé

Si tu es toujours externe, merci d'avoir participé!

Tu as donc déjà passé les ECN! Félicitations!

Comme tu as choisi sur la liste "CESP" des ECN, tes réponses pourront aider les futurs signataires à se décider!

11. As-tu eu accès à la spécialité de ton choix? * Oui Non

12. Quelle spécialité as-tu choisi? *

13. As-tu eu accès à la ville de ton choix? * Oui Non

14. Quelle ville as-tu choisi ? *

Amiens Anger Besançon Bordeaux Brest Caen Clermont-Ferrand Dijon Grenoble Guadeloupe La réunion Lille Lille Catholique Limoges Lyon Est Lyon Sud Marseille Montpellier Nancy Nantes Nice Paris V Descartes Paris VI Pierre et Marie Curie Paris VII Diderot Paris XI le Kremlin Bicêtre Paris XII Créteil Paris XIII Bobigny Paris IDF Ouest Poitiers Reims Rennes Rouen Saint Etienne Strasbourg Toulouse Purpan Toulouse Rangueil Tours AUTRE (faculté étrangère)

15. Ta spécialité correspondait-elle à ton projet initial lors de la signature de ton CESP? * Oui Non

16. **Si non, pourquoi? (Si oui, passe à la question suivante)**

17. **Ta ville correspondait-elle à ton projet initial lors de la signature de ton CESP? * Oui Non**

18. **Si non, pourquoi? (Si oui, passe à la question suivante)**

19. **Es-tu satisfait d'avoir signé un CESP? ***

20. **Si tu n'es pas satisfait, pourquoi?**

21. **As-tu terminé ton internat? ***

Tu as donc signé un CESP pendant l'internat!

22. **Où en es-tu? ***

Je suis toujours interne

J'ai terminé mon internat mais je ne suis pas encore thésé

Je suis médecin diplômé d'État, j'ai soutenu ma thèse

Tu es toujours Interne!

23. **Quelle est ta spécialité? ***

Médecine Générale

Autre Spécialité Médicale ou Chirurgicale

Tu es donc interne de médecine générale!

Tes réponses ont une importance capitale!

24. **Quelle est ta faculté actuelle de rattachement? ***

Amiens Anger Besançon Bordeaux Brest Caen Clermont-Ferrand Dijon
Grenoble Guadeloupe La réunion Lille Lille Catholique Limoges Lyon
Est Lyon Sud Marseille Montpellier Nancy Nantes Nice Paris V
Descartes Paris VI Pierre et Marie Curie Paris VII Diderot Paris XI le Kremlin
Bicêtre Paris XII Créteil Paris XIII Bobigny Paris IDF
Ouest Poitiers Reims Rennes Rouen Saint
Etienne Strasbourg Toulouse Purpan Toulouse Rangueil Tours AUTRE
(faculté étrangère)

Quel est ton projet professionnel?

25. **Quel statut? *** Libéral Salarié Mixte

26. **Quel mode d'exercice? ***

Cabinet seul

Cabinet de groupe

Maison de Santé Pluriprofessionnelle

Structure de soins (Hôpital, clinique)

Autre

27. **As-tu consulté la Liste des Lieux d'Exercice (LLE) sur le site du Centre National de Gestion? *** Oui Non

28. **Es-tu décidé dans le choix de ton futur lieu d'exercice? *** Oui Non

29. **Vers quelle zone te sens-tu le plus attiré? *** Zone Rurale Zone Urbaine Sensible

30. **Bénéficies-tu d'un accompagnement annuel de l'ARS depuis la signature de ton contrat (contact téléphonique, mail, entretien, réunion de groupe..) *** Oui Non

31. **As-tu bénéficié d'une suspension de contrat? *** Oui Non

32. **Si oui, pourquoi? (Si non, passe à la question suivante)**
Maternité/Paternité Maladie Disponibilité Autre

33. **As-tu résilié ton contrat ou effectué des démarches dans ce sens?**
Oui Non

34. **Si oui, Pourquoi? (Si non, passe à la question suivante)**

35. **Es-tu satisfait d'avoir signé un CESP? ***

36. **Si tu n'es pas satisfait, pourquoi ?**

Merci d'avoir participé!

Tu es donc médecin thésé, ou sur le point de l'être!

Toutes les précisions que tu pourras nous apporter seront les bienvenues! 49.
Quelle est ta spécialité? *

Médecin Généraliste

Spécialiste *Passez à "Merci d'avoir participé!"*.

Merci d'avoir participé!

Félicitations pour la fin de tes études!

Où en es-tu?

Es-tu installé? *

Oui *Passez à la question 51.*

Non *Passez à la question 67.*

Faisons le point sur ton installation

51. **Combien de temps s'est écoulé entre la fin de tes stages d'internes et ton installation? ***

52. **Où es-tu installé? ***

53. **De quelle type de zone s'agit-il? *** Rurale Urbaine Sensible fragile Autre

54. **Ton lieu d'exercice correspond-il à une zone imposée par le CNG? *** Oui Non

55. **Ton lieu d'exercice est-il une zone rajoutée par l'ARS de ta région pour faciliter ton installation? *** Oui Non

56. **L'ARS a-t-elle fait preuve de souplesse pour faciliter ton installation (ajout d'une zone, obtention d'un délai..) ? *** Oui Non

57. **Quel mode d'exercice as-tu choisi? *** Cabinet seul Cabinet de groupe Maison de Santé Pluri Professionnelle Structure de Soins (Hôpital, Clinique) Autre

58. **Quel statut as-tu choisi? *** Libéral Salarié Mixte

59. **Quelle est la proximité entre ton lieu de travail et ton lieu de résidence? *** Inférieure à 10 kms Entre 10 et 20 kms Entre 20 et 30 kms Supérieure à 30 kms
60. **Une fois ton diplôme obtenu, as-tu remplacé avant ton installation? *** Oui Non
61. **Si OUI, combien de temps? (Si non, passe à la question suivante)**
62. **As-tu bénéficié d'un report à l'installation? *** Oui Non
63. **Es-tu satisfait d'avoir signé un CESP? ***
64. **Connaissais-tu le dispositif PTMG (Praticien Territorial de Médecine Générale) avant de t'installer? *** Oui Non
64. **As-tu signé un PTMG (Praticien Territorial de Médecine Générale)? *** Oui Non
65. **Quelle est la durée totale de ton engagement? ***

Merci d'avoir participé!

Si tu n'es pas encore installé, quel est ton projet?

67. **As-tu choisi ton Lieu d'Exercice? *** Oui Non
68. **Si OUI, lequel?**
69. **De quel type de zone s'agit-il? *** Rurale Urbaine Sensible Fragile Autre
70. **Ton futur Lieu d'Exercice correspond-il à une zone imposée par le CNG? *** Oui Non Je n'ai pas encore décidé quel sera mon futur lieu d'exercice
71. **Ton futur lieu d'exercice est-il une zone rajoutée par l'ARS de ta région pour faciliter ton installation? *** Oui Non Je n'ai pas encore décidé quel sera mon futur lieu d'exercice
72. **Quel mode d'exercice envisages-tu? *** Cabinet seul Cabinet de groupe Maison de Santé Pluri Professionnelle Structure de Soins (Hôpital, Clinique) Autre
73. **Quel statut envisages-tu? *** Libéral Salarié Mixte

74. **Quelle sera la proximité entre ton lieu de travail et ton lieu de résidence? *** Inférieure à 10 kms Entre 10 et 20 kms Entre 20 et 30 kms Supérieure à 30 kms
75. **Envisages-tu de remplacer avant ton installation? *** Oui Non
76. **Si OUI, combien de temps? (Si non, passe à la question suivante)**
77. **Bénéficies-tu d'un report à l'installation? *** Oui Non
78. **Si OUI pourquoi et combien de temps? (Si non, passe à la question suivante)**
79. **Es-tu satisfait d'avoir signé un CESP? ***
80. **Connais-tu le dispositif PTMG (Praticien territorial de Médecine Générale)? *** Oui Non
81. **Envisages-tu de signer un PTMG (garantie d'un complément de rémunération cumulable avec le CESP d'une durée maximale de 2 ans)? *** Oui Non
82. **Quelle sera la durée totale de ton engagement? ***

Merci d'avoir participé!

Prend le temps de cliquer sur "envoyer" pour valider ton questionnaire! Je te souhaite une belle carrière professionnelle

Annexe 2: Article

Impact du Contrat d'Engagement du Service Public sur l'installation des jeunes médecins généralistes français

Impact of the Public Service's Contract of Commitment in the installation of young general practitioners in France

Auteurs : Dumont Marion, Pr Siegrist Sophie, Pr Albuissou Eliane, Pr Di Patrizio Paolo

Sommaire

- I. Résumé
- II. Abstract
- III. Introduction
- IV. Méthodes
- V. Résultats
- VI. Discussion
- VII. Conclusion
- VIII. Bibliographie
- IX. Annexes

Déclaration d'intérêt :

Dr Siegrist et Dr Di Patrizio sont médecins généralistes en Lorraine,

Marion Dumont est interne de médecine générale à Nancy,

Eliane Albuissou PU-PH au Centre d'Investigations Cliniques du CHU de Nancy

Conflits d'intérêts financiers : néant

I. RÉSUMÉ

Introduction : La distribution des médecins généralistes sur le territoire est devenu un enjeu majeur de santé publique. Depuis 2007, plusieurs mesures ont été adoptées en France en vue d'améliorer la répartition géographique des médecins en incitant à l'exercice dans les zones rurales ou urbaines sensibles. Nous avons étudié l'une d'entre elles, le Contrat d'Engagement du Service Public (CESP). Cette mesure a vu le jour grâce à la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009. A ce jour, 1472 contrats ont été signés et 127 médecins généralistes sont installés dans le cadre de leur contrat. Où sont-ils ? Comment se sont-ils installés et dans quel délai après la fin de leur internat ?

Objectifs : L'objectif principal était d'étudier l'impact du CESP sur le délai d'installation des jeunes omnipraticiens après la fin de leur internat et sur leur répartition sur le territoire.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale de prévalence réalisée par questionnaire sur Google Drive. Nous avons interrogé les internes de médecine générale et les médecins généralistes ayant terminé leur internat, installés ou non.

Résultats : 18,7% de nos répondants sont des médecins généralistes installés. Parmi eux, 66,7% se sont installés moins de 6 mois après la fin de leur internat, et l'ensemble des omnipraticiens répondants se sont répartis intelligemment dans des zones déficitaires, principalement rurales (92,2%).

Conclusion : Le dispositif fait ses preuves. Le jeune médecin s'installe rapidement, d'autant plus si l'ARS de la région dont il dépend l'accompagne et fait preuve de souplesse pour faciliter son installation. Une formation des référents ARS CESP sur les besoins des signataires à l'installation, ainsi qu'une amélioration des informations concernant le dispositif accentueraient son efficacité.

II. ABSTRACT

Introduction : The distribution of general practitioners on the territory has become a major public health issue. Since 2007, several measures have been adopted in France to improve the geographical distribution of doctors by encouraging exercise in sensitive urban or rural areas. We studied one of them, the Public Service Contract of Commitment (CESP). This measure came into being thanks to the Hospital Patient Health Territory (HPST) act of 2009. To date, 1472 contracts have been signed and 127 general practitioners are installed under their contract. Where are they ? How did they get settled and how long after their internship ended?

Aim : The main objective was to study the impact of the CESP on the installation delay of young general practitioners after the end of their internship and on their distribution on the territory.

Method : It's a descriptive transverse study of prevalence carried out by questionnaire on Google Drive. We interviewed interns of general medicine and general practitioners who had completed their internship, whether they were settled or not.

Results : 18.7% of our subjects are general practitioners installed. Of these, 66.7% settled less than 6 months after the end of their internship, and all responding general practitioners distributed cleverly in deficit areas, mainly rural areas (92.2%).

Conclusion : The device made his proven. The young doctor settles quickly, all the more so if the ARS of the region on which he is dependent guides him and is flexible to facilitate his installation. Training of the ARS CESP referents at the facility on the needs of the signatories, as well as an improvement of the information concerning the device, would increase its effectiveness.

III. Introduction

Depuis quelques années, la distribution des médecins généralistes et spécialistes sur le territoire, est devenu un enjeu majeur de santé publique. En effet, malgré une densité médicale satisfaisante sur le plan national, la répartition des professionnels de santé révèle d'importantes disparités régionales. Sur la période 2007/2016, si le nombre de médecins en activité régulière reste stable (-0,4%), le nombre de médecins retraités est en forte augmentation (+87,7%) (1). Les effectifs des médecins généralistes sont les premiers touchés par les départs en retraite. En parallèle de cette perte d'effectif, non seulement nous observons une certaine attractivité pour le salariat pour les nouvelles générations d'omnipraticiens mais l'âge d'installation recule également pour avoisiner depuis 2010 les 39 ans (2). Ces facteurs favorisant la diminution du nombre de médecins installés sont associés à une diminution du temps de disponibilité médicale, expliquée par la féminisation et l'arrivée d'une nouvelle génération de praticiens privilégiant son épanouissement personnel et sa qualité de vie.

Face à ces constats, plusieurs mesures ont été adoptées pour soutenir le numerus clausus, dont l'effet est retardé de quelques années (durée minimale du cursus de Médecine Générale de 9 ans).

L'une d'entre elles est le Contrat d'Engagement du Service Public (CESP) agissant sur la répartition des jeunes praticiens en zones dites déficitaires. Créée par la Loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009 (3), le CESP correspond à un contrat signé entre un étudiant en médecine ou en odontologie depuis le Décret n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, et le Centre National de Gestion (CNG) de la deuxième année d'étude jusqu'à la dernière année d'Internat. Il permet à l'étudiant de recevoir une allocation mensuelle de 1200 Euros bruts jusqu'à la fin de ses études. En contrepartie, le contractant s'engage à exercer, que ce soit en tant que salarié ou en tant que libéral, dans un lieu dit déficitaire en offre de soins, pendant une période égale au temps de versement de l'allocation, avec un minimum de 2 ans. Une liste de lieux d'exercice éligibles est établie par le CNG sur proposition des Agences Régionales de Santé (ARS), avec une priorité pour les Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) et les Zones Urbaines Sensibles (ZUS). Ce dispositif a été mis en pratique au cours de la rentrée universitaire 2010.

C'est le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) de l'Assurance Maladie qui finance 100% des charges correspondant à la prise en charge des CESP médecine depuis la rentrée universitaire 2010-2011.

Certaines spécificités sont importantes à connaître. Les étudiants qui signent leur contrat de la 2^{ème} à la 6^{ème} année choisissent leur poste d'interne après le passage des ECN sur une liste spécifique nationale, établie par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) sur la base des propositions des ARS.

L'internat se déroule exactement dans les mêmes conditions que celui des autres internes de sa spécialité. Le choix des stages se fait donc en fonction du rang de classement national de l'interne. Tout au long des études, les étudiants et internes doivent être accompagnés par l'ARS dans le cadre du suivi annuel de leur projet professionnel.

Selon les données fournies par le CNG au 31 décembre 2016, **1472** contrats ont été signés et **127** médecins généralistes étaient installés dans le cadre de leur CESP. Le dispositif concerne à 89,4% la

spécialité Médecine Générale et 65,1% des contractants sont étudiants au moment de la signature. Parmi les contractants internes (34,9%), 70,4% signent durant la première année d'internat.

Trois groupes de régions se dessinent en fonction de l'attractivité du dispositif. Les deux régions les plus concernées par la signature d'un CESP sont :

- l'Île de France et l'Auvergne Rhône Alpes pour les étudiants
- l'Auvergne Rhône Alpes et la Nouvelle Aquitaine pour les internes

Le décret rappelle que le contractant doit débiter son engagement à l'obtention de son Diplôme d'Etat (DE) mais l'obtention du DE est propre à chaque interne. En théorie, après les ECN en 6^{ème} année, il y a nécessité de :

- soutenir sa thèse et son mémoire
- valider l'ensemble des cours exigés par la faculté
- valider 6 semestres de stage

En pratique, le parcours durant l'internat est très lié à la vie personnelle. De plus, l'évolution de la maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale, toujours en cours de révision, a modifié les délais octroyés pour la soutenance de thèse. L'interne a jusqu'à 3 ans après la fin de l'internat pour valider sa thèse, sous peine de ne plus obtenir de renouvellement de sa licence de pratique professionnelle.

Pour avoir une idée plus juste du nombre de jeunes praticiens à installer, le CNG a tendance à simplifier cette échéance. Le début d'engagement est alors assimilé à la fin de l'internat.

Face à ce constat une installation réussie a été définie arbitrairement en tenant compte de critères qui impactent le cursus de l'étudiant et qui sont utiles à la population selon les objectifs des ARS.

Une installation réussie dans le cadre du CESP était donc définie comme une installation intervenant dans les 6 mois suivant la fin de l'internat (6 semestres de stages validés) et dans le respect du zonage imposé.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'efficacité du dispositif sur le délai et le lieu d'installation du jeune médecin généraliste français, signataire d'un CESP, à l'issue de son internat.

Les objectifs secondaires étaient l'étude du profil des projets professionnels des internes actuels de Médecine Générale signataires d'un CESP, l'évaluation de la satisfaction des signataires d'avoir signer un CESP, l'évaluation de la tendance de choix du lieu d'installation (ZRR ou ZUS) et l'évaluation de la qualité d'accompagnement des ARS de chaque signataires répondants.

IV. Méthodes

Un questionnaire électronique élaboré via Google Drive, a été transmis par mail par simple lien, à l'ensemble des signataires, le 14 septembre 2016. Une seule diffusion de l'enquête a été faite et ce, par le CNG, propriétaire des coordonnées mail.

L'ensemble des signataires (1472) était visé par l'enquête, toutes spécialités confondues, quelque soit l'année d'étude, que leur cursus étudiant soit terminé ou encore que leur contrat soit honoré ou ait été rompu.

Les critères d'inclusion étaient d'avoir signé un CESP et d'être au moment de l'enquête soit interne de médecine générale soit médecin ayant terminé l'internat de médecine générale, installé ou non.

Les critères d'exclusion étaient d'être étudiant (de la 2^{ème} année à la 6^{ème} année) et ne pas avoir passé les ECN et un défaut de remplissage du questionnaire de plus de deux questions.

Les données ont été recueillies via Google Drive sous forme d'un tableur du 14 septembre au 31 octobre 2016.

L'outil Excel a permis d'analyser les données quantitatives pour permettre leur interprétation. Nous avons reçu l'aide d'un professeur en statistiques du laboratoire SPIEAO de la faculté de médecine de Nancy pour les calculs du Khi deux de conformité et pour l'analyse de la représentativité des échantillons.

V. Résultats

307 questionnaires ont été recueillis (taux de réponses de 20,9%) dont trois questionnaires mal remplis du 16 septembre au 31 octobre 2016. Les réponses étaient complètement anonymes. 32 questionnaires correspondaient à une spécialité autre que la Médecine Générale ont été exclus. Au total, 272 questionnaires ont été analysés. Parmi eux, 90 étaient étudiants signataires (de la 2^{ème} à la 6^{ème} année) et 182 internes signataires (TCEM1 à TCEM3). Concernant leur statut au moment de l'enquête, 176 étaient encore internes, 97 avaient terminé leur internat dont 51 étaient installés.

Profil des répondants

Cf Tableau I : **Caractéristiques socio-démographiques de l'ensemble des répondants (n=272)**

66% des répondants ont signé leur contrat durant l'internat, et 47% durant la première année d'internat.

74% déclaraient avoir connu le dispositif via une information délivrée à la faculté, et 29,3% par le biais de bouche à oreille entre étudiants.

Étudiants signataires (n=90)

Cf Figure I : **Correspondance entre projet initial et choix aux ECN des étudiants signataires**

20% des projets initiaux à la signature du contrat sont non respectés, ce qui représente un étudiant répondant sur 5. En revanche, 98,8% (n=89) déclarent avoir eu accès à la spécialité de leur choix et 98,8% à la ville de leur choix (n=89).

Projets d'installation : statuts

Cf Figure II : **Statuts d'exercice envisagés ou choisis**

Projets d'installation : modes d'exercice

Cf Figure III : **Modes d'exercice envisagés ou choisis**

Les internes actuels

Cf Figure IV : **Les internes actuels, les zones et leur accompagnement par l'ARS**

Médecins en fin d'internat mais non installés (n=46)

63% (n=29) des répondants de cet échantillon sont non installés du fait de n'avoir encore pas validé leur thèse.

A ce stade de leur formation, 34,8% (n=16) déclarent ne pas avoir choisi leur futur lieu d'exercice et 84,8% (n=39) remplacent en zone déficitaire selon les zonages établis par les ARS.

Médecins généralistes installés (n=51)

Cf Tableau II : **Bilan de l'installation des Médecins Généralistes en France dans le cadre de leur CESP**

Cf Figure V : **Délais séparant la fin de l'internat (6 semestres validés) et l'installation du jeune généraliste CESP**

En ce qui concerne les délais d'installation, 66,7% des jeunes médecins généralistes répondants se sont installés dans les 6 mois suivant la fin de leur internat.

17,6% se sont installés entre 6 à 12 mois après leur internat.

15,7% se sont installés à plus d'un an de la fin de leur internat.

Les médecins généralistes installés ont préférentiellement choisi les zones rurales en respectant la tendance de choix des signataires. 80,4% se sont installés dans une zone prédéfinie, 19,6% (n=10 sur 51) dans une zone rajoutée par l'ARS.

Afin de mieux se représenter la répartition des jeunes médecins généralistes, nous avons choisi de réaliser des cartographies (cf cartes en annexe). Chaque carte a été élaborée via GoogleMap et comporte une échelle.

La première carte représente les installations actives et celles envisagées ; par les médecins généralistes ayant terminé leur internat mais non installés ; au niveau national selon les données de notre enquête.

L'ensemble des cartes suivantes met en relation les installations actives et à venir avec la Liste de Lieux d'Exercice (LLE) proposée sur le site du CNG pour chaque grande région.

La légende de toutes les cartes est identique, à savoir :

POINT JAUNE : Lieux d'exercice proposés sur le site du CNG

POINT NOIR : Lieux choisis par les Médecins Généralistes installés

POINT VIOLET : Lieux choisis par les Médecins Généralistes ayant terminé leur internat

POINT BLEU : Lieux d'exercice nouvellement proposés pour les DOM-TOM

Concernant la carte de la région Pays de la Loire, aucun **point jaune** n'y figure car la quasi totalité de la région est considérée comme déficitaire.

Niveau de satisfaction des répondants d'avoir signé un CESP

Cf Figure VI : **Niveau de satisfaction des répondants**

VI. Discussion

Forces et limites de la méthode

Nous avons obtenu un taux de réponses de 20,9%. Ce faible taux de réponses peut venir du fait qu'une seule diffusion de l'enquête a pu être faite. De ce fait et faute d'effectif suffisant, nous n'avons pas pu réaliser, pour chaque résultat, des tests statistiques significatifs. Cependant nous avons une bonne vision des tendances actuelles. Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire pour sonder cette population pour laquelle peu de données officielles étaient disponibles. Notre analyse est donc soumise aux biais de mesure et d'échantillonnage propres à ce type d'enquête. Nous avons interrogé les médecins généralistes installés et ceux à venir sur leur lieu d'installation choisi. Certaines réponses étaient peu précises et concernaient un département et non une commune, aboutissant à un biais de mesure.

Nous avons mis en relation le nombre de réponses obtenues à notre enquête selon la région d'origine du répondant, avec l'attractivité du dispositif sur les territoires (selon les données nationales). Nous avons également mis en parallèle le nombre de répondants par région avec le nombre de signataires de la région correspondante. Ainsi des biais d'interprétation ont pu être anticipés, c'est à dire la sur-représentativité des facteurs exprimés par des répondants dans une zone où le dispositif pour autant n'a pas une attractivité importante.

Il est important de souligner que l'on a considéré les probabilités au niveau national comme des probabilités théoriques. Nos données ont été interprétées à l'aide d'un test de conformité entre chaque région et les données nationales. Nos résultats ne sont pas proportionnels au niveau national. Enfin, les hypothèses testées ont été influencées par les opinions de l'auteur, étant un signataire d'un CESP et interne de médecine générale.

Profils des répondants

Nous avons comparé notre échantillon (n=273) à l'ensemble des 1472 signataires de la base de données du CNG afin d'évaluer sa représentativité. Cependant les données concernant le profil des signataires étaient limitées. Nous avons donc pu comparer trois caractéristiques générales : la répartition par sexe, la répartition par région d'origine et le niveau d'étude à la signature du dispositif. On retrouve une représentativité des échantillons selon la répartition par sexe et le niveau d'étude à la signature du dispositif ainsi qu'une sur-représentativité des réponses en Pays de la Loire, Normandie et Grand Est.

Le répondant était typiquement une femme (à 62,3%) d'âge moyen de 28,8 ans, en couple (à 82,1%), sans enfant (à 83,9%), ayant signé son contrat durant la première année d'internat (à 47%).

Les étudiants signataires

En étudiant la correspondance de choix, nous pouvons observer que la majorité des étudiants ont obtenu la spécialité et la ville souhaitées lors de leur choix de poste après les Epreuves Classantes Nationales (ECN).

En revanche, 20% de ces choix sont différents du projet initial à la signature du contrat. On voit que même si le projet initial a évolué, entre le moment de la signature et le moment des choix aux ECN, le choix final a été respecté puisque 97,8% des répondants ont obtenu ce qu'ils souhaitaient.

Les internes actuels de médecine générale et leur projet

Nous avons comparé nos données aux données de l'étude l'ISNAR IMG, seule étude à l'échelle nationale ayant étudié la tendance des projets professionnels des internes de Médecine Générale (4). Nous observons que les signataires d'un CESP s'orientent plus vers une activité libérale (Khi deux= 167,42 (2 ddl) $P < 0,001$) alors que la tendance de choix nationale va à l'exercice mixte (28% des internes nationaux).

Peu d'internes actuels de notre étude envisagent de travailler seuls (11%), la plupart préférant le cabinet de groupe (35,8%) ou la MSP (51,2%).

En effectuant la comparaison avec les données nationales de l'étude de l'ISNAR-IMG (4), nos répondants s'orientent plus vers la pratique en MSP que vers le cabinet de groupe et bien moins vers le cabinet seul (Khi deux = 40,21 (3ddl) $P < 0,001$).

Le choix de la MSP est contradictoire avec le dispositif. Celui-ci propose des communes déficitaires, des communes où il reste un voire deux médecins proches de la retraite. Les médecins de ces communes sont rarement impliqués dans une dynamique de groupe et dans l'impulsion d'une MSP.

De plus, ce type de structure nécessite, entre le moment de la rédaction du projet et l'ouverture de ses portes, un délai allant de 3 à 5 ans pour voir le jour, selon l'auteur Pierre DE HAAS (5). Sachant que près d'un interne sur deux envisage ce mode d'exercice pour sa pratique future, soit l'interne verra son installation retardée impactant le délai d'installation, soit son projet ne sera pas respecté et son installation risque de ne pas être pérenne.

Cela implique donc une certaine anticipation pour que le projet de l'interne soit respecté. C'est une limite au CESP, il ne peut pas répondre à l'attente des signataires en matière d'exercice professionnel.

Pourtant, une MSP est un atout majeur de santé publique pour redynamiser un territoire. En effet, un de ses objectifs est que l'un des médecins généralistes au sein de cette structure soit maître de stage.

L'attrait des jeunes internes en stage en milieu rural est un avantage non négligeable pour trouver des remplaçants et collaborateurs futurs, dans des territoires peu attractifs au départ.

Les zones rurales sont préférentiellement envisagées pour 85,2% de notre échantillon par rapport aux zones urbaines sensibles.

Cependant, il ressort que 49,4% n'ont pas encore choisi leur futur lieu d'exercice, et 17,6% n'ont pas consulté la Liste des Lieux d'Exercice proposée par le CNG pour leur installation future.

On peut se demander si cela dénote un désintérêt pour le projet, si c'est en lien avec un manque d'accompagnement par l'ARS, ou alors que leur projet est insuffisamment construit lors de la candidature.

L'étude des déterminants au choix du lieu d'installation chez les signataires d'un CESP dans la thèse de M-H GRASSAUD de 2013, démontre qu'avoir connaissance de son futur lieu d'exercice tient une place importante, que ce soit du fait de relations existantes ou d'y avoir exercé en tant que stagiaire ou remplaçant (6). Ce choix est donc une étape primordiale et importante, soumis à de nombreux facteurs individuels, ce qui peut expliquer que près de la moitié de notre échantillon ne se soit pas décidée.

On observe que seul 39,8% des répondants de notre échantillon bénéficient d'un accompagnement annuel de la part de leur ARS référente que ce soit par contact téléphonique, entretien individualisé ou de groupe, mail ou par courrier postal. Cela semble une nouvelle fois étonnant pour des jeunes médecins censés s'installer rapidement. L'anticipation du signataire dans la mise en place de son projet d'installation est pourtant primordiale. Là est l'enjeu des ARS dans leur rôle d'accompagnement pour rappeler ces formalités et ces étapes, afin de pouvoir intégrer et faire vivre des structures telles que les MSP.

Le médecin en fin d'internat mais non installé

63% des répondants de notre échantillon de médecins non installés (n=29 sur 46) n'ont pas soutenu leur thèse.

Il serait donc intéressant d'offrir un meilleur accompagnement universitaire par le département de Médecine Générale pour ces étudiants, afin que leur thèse soit soutenue avant la fin de leur internat.

Selon la thèse de F. BRABARIN de 2015, les résultats soulignaient que le délai moyen de travail d'une thèse est de 17 mois et la prévalence des thèses soutenues à 18 mois après l'internat de son échantillon était de 40%, et seulement 2% pendant l'internat (7). Il apparaît clairement que la soutenance de la thèse est un facteur retardant l'installation. En effet, la plupart des reports à l'installation demandés sont en lien avec le travail de thèse.

De plus, nos résultats montrent que 34,8% des jeunes médecins ayant terminé leur internat n'ont pas encore fait le choix de leur futur lieu d'exercice malgré la fin de leur internat.

78,2% se dirige vers une activité libérale. Cela suit la tendance de choix des internes CESP actuels avec un faible attrait pour l'activité mixte (13%).

Les répondants de notre échantillon déclarent avoir une préférence à la pratique en cabinet de groupe pour 54,3% d'entre eux. La différence avec l'échantillon des internes est statistiquement significative avec un plus faible attrait pour les MSP (28,3%) ($p=0,01$).

Les médecins installés

40,2% des médecins généralistes installés nationaux dans le cadre d'un CESP ont répondu.

Il est important de signaler que le CNG comptabilise 127 installations au 31 décembre 2016. Du fait d'un manque de coordination et donc d'information (pluriannuelle) entre le CNG et certaines ARS, des installations effectives peuvent être inconnues du CNG et donc manquantes au bilan annuel. C'est pourquoi, nous avons décidé de mener un travail supplémentaire en contactant par téléphone et par mail, le référent CESP de chaque grande région, afin de connaître le nombre de médecins généralistes installés réel au 31 décembre 2016.

Nous avons considéré dans notre étude qu'un délai de 6 mois après la fin de l'internat représentait un gage d'efficacité du dispositif. En effet, les installations en médecine générale se font de plus en plus tardivement comme le démontre la littérature. Ce délai court est donc un critère exigeant. D'autant plus que la réglementation du dispositif impose au signataire de s'installer à l'obtention de son Diplôme d'Etat, qui peut être différée en fonction du temps de travail et de soutenance de la thèse et d'autres facteurs inhérents à la vie personnelle du signataire.

Nos résultats ont montré que 66,7% des installés (n=34 sur 51) l'ont fait dans un délai inférieur à 6 mois après la fin de leur internat et 24,9% (n=15 sur 51) dans un délai inférieur à un mois.

Nous n'avons pas retrouvé de données dans la littérature sur le délai séparant la fin de l'internat et l'installation du médecin généraliste français. Nous savons en revanche d'après les études, que l'omnipraticien pose sa plaque en moyenne 3,7 ans après sa thèse pour un âge moyen de 39 ans (2).

Nous pouvons constater que les zones d'exercice choisies sont en accord avec les cartographies faites par les ARS. La totalité des médecins signataires installés le sont dans une zone dite déficitaire ou fragile comme l'exige le contrat.

19,6% (n=10 sur 51) sont installés dans une zone ajoutée par l'ARS. Cela met en évidence une certaine souplesse pour faciliter les installations. En revanche ces zones rajoutées restent des zones fragiles, parfois semi-rurales, où la tension démographique est existante. Très souvent il s'agit de zones où les médecins installés sont sur le point de partir en retraite et le besoin à court terme anticipé. Dans une analyse plus fine des zones d'installations effectives de nos répondants, nous pouvons observer que certaines régions sont plus attractives. Nous pouvons citer les régions **Bourgogne Franche Comté** suivie de l'**Occitanie**, puis l'**Auvergne Rhône Alpes** et la **Normandie**. Les régions les moins attractives en terme d'installation de notre échantillon d'installés sont la région **Centre-Val de Loire** puis **Grand Est** et le **Pays de la Loire**, l'**Île de France** et les **Hauts de France**.

On remarque tout de même un faible attrait pour les Zones Urbaines Sensibles avec seulement 3,9% des installés ayant opté pour ce type de zone.

86,3% (n=44) ont choisi le statut libéral ce qui suit la tendance observée dans les projets d'installation des internes actuels et des médecins encore non installés.

45% (n=23) ont choisi un mode d'exercice en cabinet de groupe et 43% (n=22) en MSP. La comparaison avec les projets des internes CESP actuels retrouve une différence statistiquement significative en faveur du cabinet de groupe par rapport aux MSP (p<0,02).

62,7% déclarent avoir remplacé avant de s'installer, période nécessaire pour prospecter, découvrir le futur lieu d'exercice et se faire une idée du type de pratique souhaitée.

78,4% des installés ont choisi une zone à moins de 20 km de leur domicile. Ces données sont en accord avec les aspirations des jeunes médecins souhaitant s'installer en zone rurale selon la thèse de Pascal GICQUEL (8).

VII. Conclusion

Le dispositif a donc fait ses preuves. Nous avons bien constaté que les jeunes médecins généralistes s'installent dans les six premiers mois suivant la fin de leur internat, en se répartissant dans des zones dites déficitaires. On retrouve une satisfaction globale de l'ensemble des répondants quelque soit leur statut actuel.

Pour autant, une amélioration du dispositif doit être sérieusement envisagée, dans un intérêt de santé publique et du praticien afin d'optimiser le service rendu à la population.

Sur le fond, la réglementation du dispositif dans ses conditions d'attribution doit être repensée. De même que les étudiants et externes ne sont pas assez avancés dans leur vie et leur cursus pour pouvoir se projeter si tôt dans leur orientation professionnelle. Ils ne devraient pas être concernés par ce dispositif, compte tenu de la longueur des études et du coût financier remarquable que cela représente pour l'Etat.

Sur la forme, il est primordial et urgent de travailler sur l'accompagnement des signataires par les référents ARS à l'installation, accompagnement qui doit correspondre aux attentes des étudiants d'aujourd'hui.

Un tel contrat aurait remporté un vif succès auprès de la génération des médecins actuellement en exercice, à savoir un médecin généraliste de 50 à 60 ans. Actuellement, la mentalité des étudiants a évolué comme dans le reste de la population française. Non seulement les priorités sont données à l'épanouissement personnel, mais les étudiants de cette génération sont habitués, tout au long de leur scolarité et de leur cursus supérieur, à être accompagnés et très encadrés. Ce dispositif gagnerait énormément en efficacité si les référents ARS intégraient ce besoin de « maternage ».

Ce travail devrait être complété. Trop peu de médecins généralistes ont honoré leur contrat, et il serait intéressant de savoir si les médecins installés resteront en zone déficitaire une fois leur engagement terminé.

VIII. Bibliographie

1. Bouet P, Le Breton-Lerouillois, Rault J-F. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
2. Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le guellec MJ. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). *Quest Déconomie Santé*. avr 2004;(81).
3. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
4. Leroux M-E. Modes d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale Enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle. [Faculté médecine Nancy]: Henry Poincaré Nancy 1; 2009.
5. De HAAS P. Monter et faire vivre une maison de santé. Le coudrier. 2015. (partage d'expérience).
6. Grassaud MH. Déterminants du choix du lieu d'installation en zone déficitaire pour les internes ayant souscrit au contrat d'engagement du service public. Toulouse III Paul Sabatier; 2013.
7. Barbarin F. Les travaux de thèse des jeunes médecins généralistes en 2015, dix huit mois après la fin de leur internat à Bordeaux : Situation par rapport aux objectifs personnels, prévalence de soutenance et facteurs d'influence de l'avancée de la thèse. Paris DESCARTES; 2015.
8. Gicquel P. Déterminants de l'installation en zone rurale: enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales.

IX. Annexes

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques de l'ensemble des répondants (n=272)

Caractéristiques	Echantillon (n=272)		Groupe Etudiant* (n=90)		Groupe Interne** (n=182)		Différence p
	N	%	N	%	N	%	
Sexe							p<0,05
Homme	102	37,5	40	44,4	61	33,5	
Femme	170	62,5	50	55,6	121	66,5	
Situation matrimoniale au moment de la signature du CESP							p<0,001
Célibataire	83	30,5	40	44,4	43	23,6	
En couple	189	69,5	50	55,6	139	76,4	
Situation matrimoniale au moment de l'enquête							p<0,5
Célibataire	49	18	15	16,6	34	18,7	
En couple	223	82	75	83,4	148	81,3	
Enfants au moment de la signature du CESP							p<0,1
Au moins 1 enfant	44	16,2	10	11,1	34	18,7	
Sans enfant	228	83,8	80	88,9	148	81,3	
Enfants au moment de l'enquête							p<0,5
Au moins 1 enfant	122	44,9	37	41,1	85	46,7	
Sans enfant	150	55,1	53	58,9	97	53,3	

*Groupe Etudiant correspond à l'ensemble des répondants ayant signé leur Contrat de la 2^{ème} à la 6^{ème} année.

**Groupe Interne correspond à l'ensemble des répondants ayant signé leur Contrat durant l'Internat

Figure I : correspondance entre projet initial et choix aux ECN des étudiants signataires

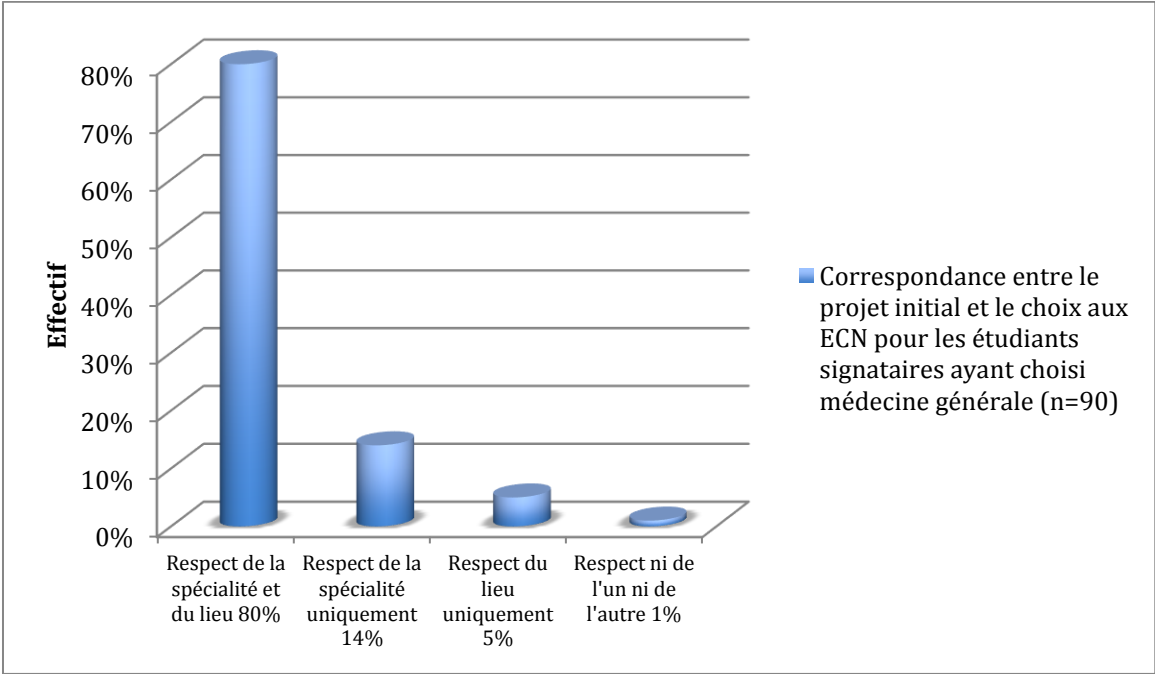


Figure II : Statuts

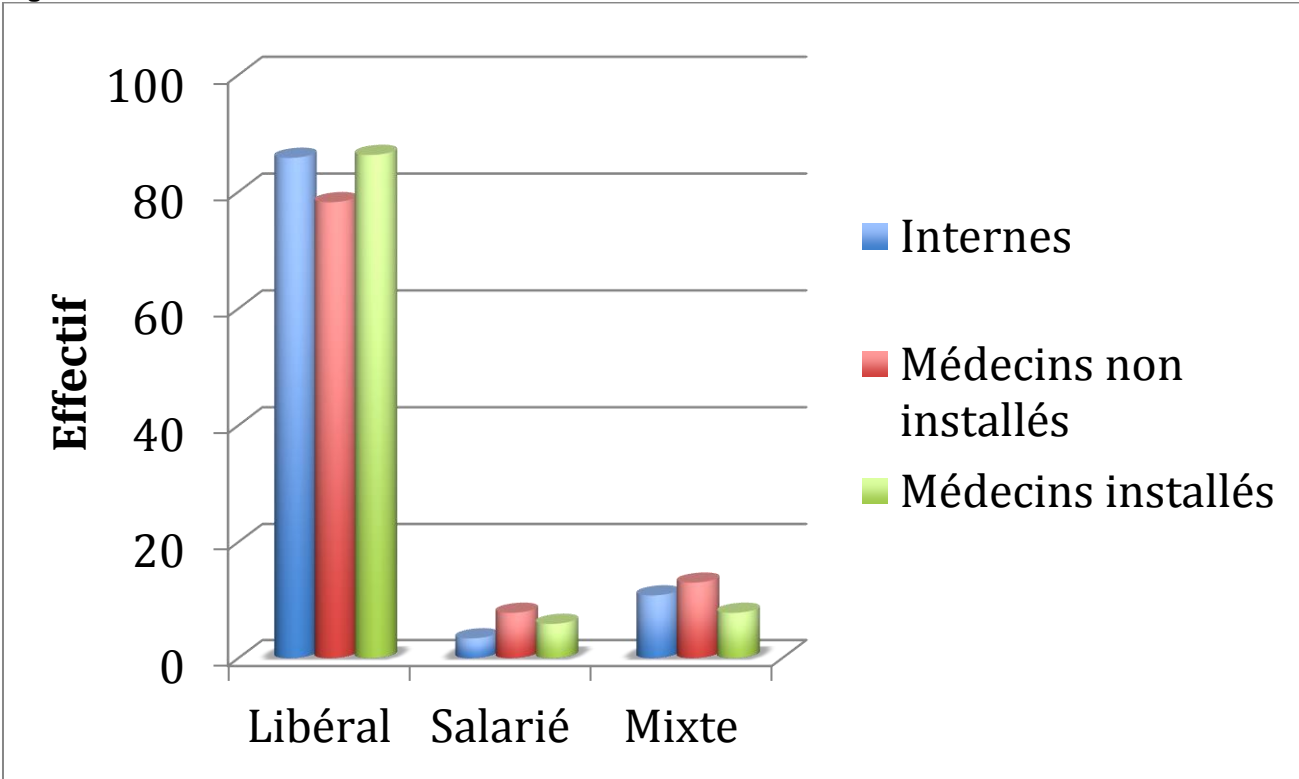


figure III : Modes d'exercice

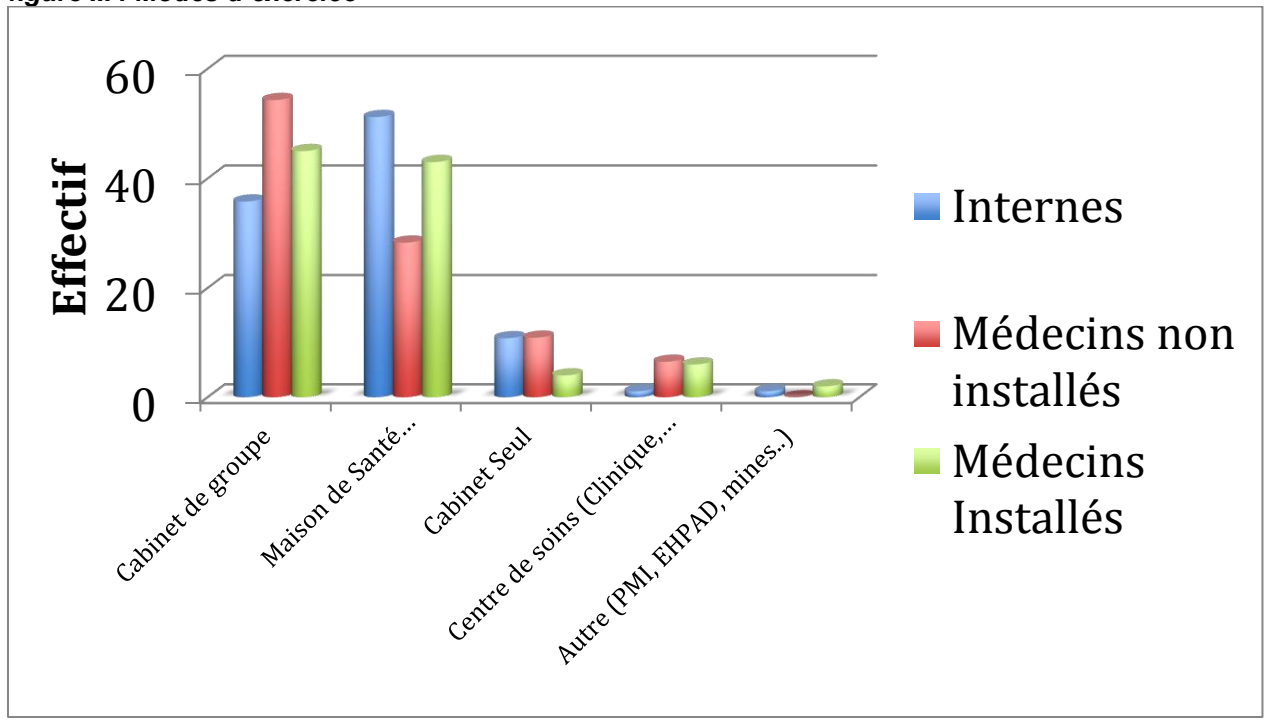


Figure IV : Les internes actuels

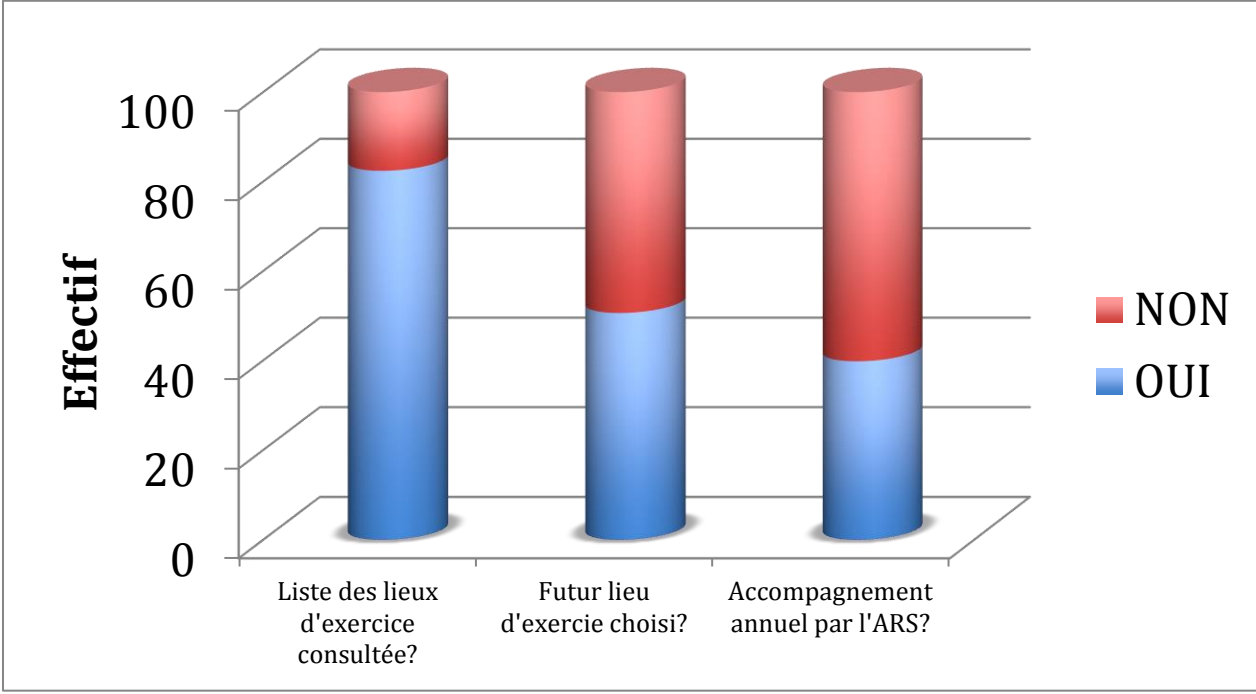


Tableau II : Bilan de l'installation des Médecins Généralistes en France dans le cadre de leur CESP

Installations	Effectif	
	N	%
	51	6,7%
Zone		
ZUS	2	3,9
ZRR	39	76,5
Zone fragile*	8	15,7
Autre	2	3,9
Lieu d'exercice choisi est une zone imposée par le CNG?		
Oui	41	80,4
Non	10	19,6
Lieu d'exercice est une zone ajoutée par l'ARS?		
Oui	10	19,6
Non	41	80,4
Statut		
Libéral	44	86,3
Salarié	3	5,9
Mixte	4	7,8
Mode d'exercice		
Cabinet seul	2	4
Cabinet de groupe	23	45
MSP	22	43
Structure de soins	3	6
autre	1	2
Proximité avec domicile		
<10kms	25	49
Entre 10 et 20kms	15	29,4
Entre 20 et 30kms	9	17,6
>30kms	2	4
Remplacement avant installation		
Oui	32	62,7
Non	19	37,3

Figure V : Délais séparant la fin de l'internat (6 semestres validés) et l'installation du jeune généraliste CESP

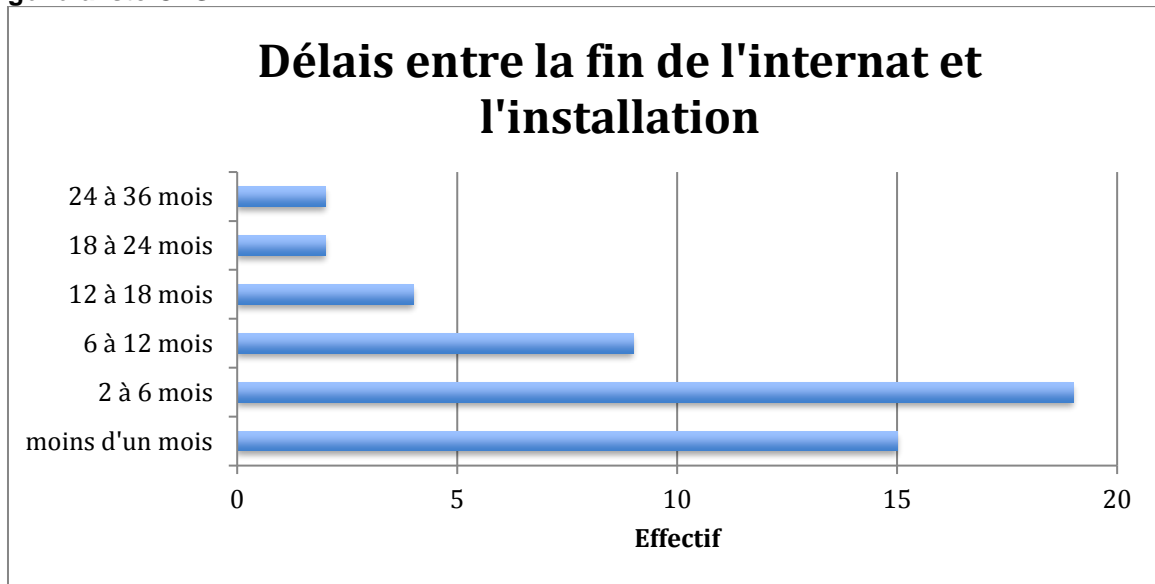
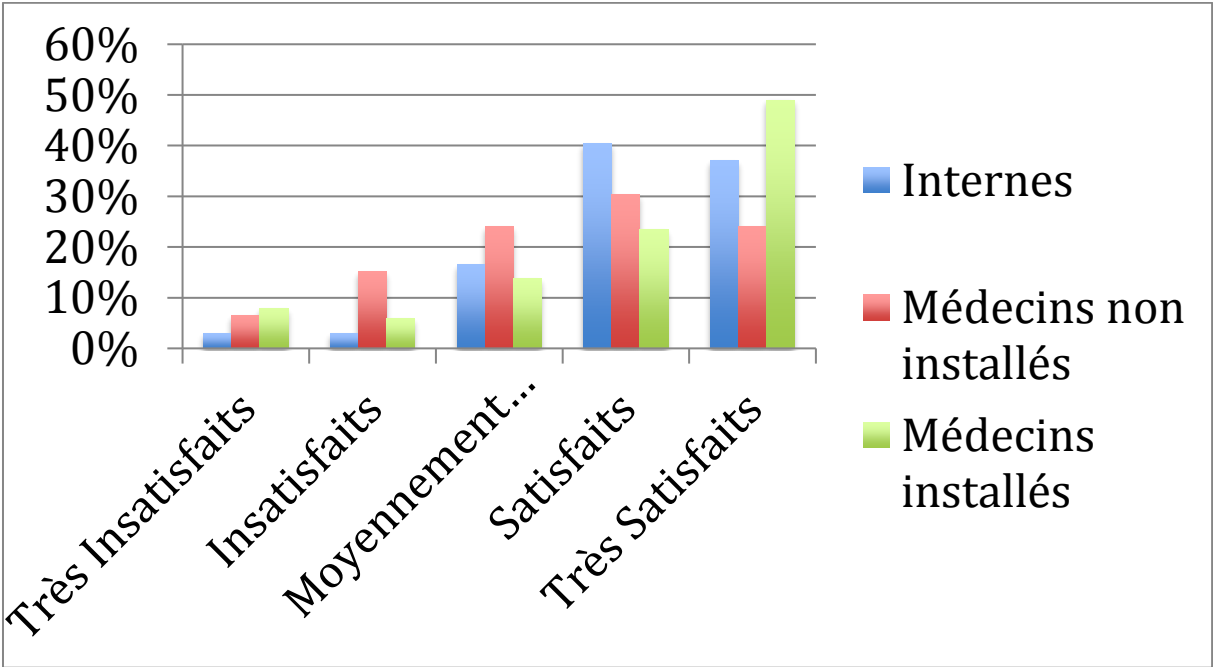


Figure VI : Niveau de satisfaction des répondants



VU

NANCY, le **16 janvier 2017**
Le Président de Thèse

NANCY, le **18 janvier 2017**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Paolo DI PATRIZIO

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9441

NANCY, le **30 janvier 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT