



**HAL**  
open science

# Quelle a été l'influence du “ Contrat d'Engagement de Service Public ” sur le choix de l'activité professionnelle de ses signataires? Enquête nationale qualitative auprès de médecins signataires actuellement en exercice

Audrey Phelipot

## ► To cite this version:

Audrey Phelipot. Quelle a été l'influence du “ Contrat d'Engagement de Service Public ” sur le choix de l'activité professionnelle de ses signataires? Enquête nationale qualitative auprès de médecins signataires actuellement en exercice. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01780610

**HAL Id: dumas-01780610**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01780610>**

Submitted on 7 Jun 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.

**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Audrey Phelipot**

Née le 27 mai 1985 à Mayenne (53)

---

**Quelle a été l'influence  
du « Contrat  
d'Engagement de Service  
Public » sur le choix de  
l'activité professionnelle  
de ses signataires ?**

**Enquête nationale  
qualitative auprès de  
médecins signataires  
actuellement en exercice.**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 6 janvier 2017**

devant le jury composé de :

**Alain LEGUERRIER**

Professeur - CHU Rennes  
Président du Conseil ordre des médecins 35 /  
*Président*

**Sandrine HUGÉ**

Professeur associé en Médecine Générale -  
Sulniac / *Juge*

**Ronan GARLANTEZEC**

MCU-PH en Santé Publique et Épidémiologie -  
CHU Rennes / *Juge*

**André BADOUL**

Docteur en Médecine Générale - Polyclinique  
Cesson-Sévigné / *Directeur de thèse*

**Semiya THOUIR**

Référent installation - ARS Bretagne /  
*Membre invité*

**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**

*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Audrey Phelipot**

Née le 27 mai 1985 à Mayenne (53)

**Quelle a été l'influence  
du « Contrat  
d'Engagement de Service  
Public » sur le choix de  
l'activité professionnelle  
de ses signataires ?**

**Enquête nationale  
qualitative auprès de  
médecins signataires  
actuellement en exercice.**

**Thèse soutenue à Rennes  
le 6 janvier 2017**

devant le jury composé de :

**Alain LEGUERRIER**

Professeur - CHU Rennes  
Président du Conseil ordre des médecins 35 /  
*Président*

**Sandrine HUGÉ**

Professeur associé en Médecine Générale -  
Sulniac / *Juge*

**Ronan GARLANTEZEC**

MCU-PH en Santé Publique et Épidémiologie -  
CHU Rennes / *Juge*

**André BADOUL**

Docteur en Médecine Générale - Polyclinique  
Cesson-Sévigné / *Directeur de thèse*

**Semiya THOUIR**

Référent installation - ARS Bretagne /  
*Membre invité*

## PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Émérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Émérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé, à mi-temps	Pédopsychiatrie; addictologie

## PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénérologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Émérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Émérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie

## PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MENER Eric (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
MORTEMOSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie

## PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

<b>Nom Prénom</b>	<b>Sous-section de CNU</b>
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS- PRATICIENS HOSPITALIERS

<b>Nom Prénom</b>	<b>Sous-section de CNU</b>
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénérologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINÉ Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médical
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS- PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>Nom Prénom</b>	<b>Sous-section de CNU</b>
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierrick (Maître de conférence associé)	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

## REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur LEGUERRIER Alain,

Je vous remercie d'avoir accepté la présidence de ce jury, soyez assuré de mon profond respect.

À Madame le Professeur HUGÉ Sandrine et Monsieur le Docteur GARLANTEZEC Ronan,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet et de me faire l'honneur de participer à ce jury.

À Monsieur le Docteur BADOUL André,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Travailler à vos côtés fut un plaisir.

À Madame THOUIR Semiya,

Je vous remercie de m'avoir orienté au début de mon travail et de me faire l'honneur de participer à ce jury.

Aux responsables CESP des Agences Régionales de Santé et aux médecins qui ont participé à cette étude, merci pour votre disponibilité et votre accueil.

À Roméo et Noé.

À mes amis et à ma famille.

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	11
MATÉRIELS ET MÉTHODE .....	12
RÉSULTATS .....	13
Réalisation des entretiens .....	13
Caractéristiques de la population étudiée .....	13
Influence de la signature d'un CESP sur le choix de l'activité professionnelle des signataires déjà installés ou en fonction .....	14
1. Raisons de la signature du CESP .....	14
2. Création d'un projet professionnel .....	14
3. Activité entre la fin de l'internat et la prise de fonction .....	15
4. Activité professionnelle actuelle .....	16
5. Influence du CESP et des autres aides à l'installation sur leur activité professionnelle .....	17
6. Projets des signataires à l'issue de leur engagement .....	18
Suggestions d'amélioration du CESP par les signataires .....	19
1. Opinion des signataires sur le CESP .....	19
2. Avant la signature: améliorer la communication sur le CESP .....	19
3. Au moment de la signature: modifier le contrat .....	20
4. Après la signature: améliorer le suivi et l'accompagnement des signataires pendant leurs études .....	20
5. Faire découvrir les zones sous-dotées aux étudiants pendant leurs études .....	21
6. Permettre aux signataires de décaler une installation pour faire des remplacements .....	21
7. Accompagner les signataires sur le plan administratif au moment de leur installation .....	22
DISCUSSION .....	23
Caractéristiques de la population étudiée .....	23
L'accompagnement par les ARS prévu par le CESP n'a pas répondu aux attentes des signataires .....	23
Le CESP, un contrat à clarifier .....	24
Le CESP, une mesure qui a permis une installation plus rapide de jeunes médecins en zone sous-dotée... ..	25
... mais ils se seraient installés au même endroit sans aides financières .....	25
L'exercice de la médecine en zone déficitaire : le travail en groupe plébiscité, une activité enrichissante, une charge de travail importante .....	26
Forces et faiblesses de l'étude .....	27
CONCLUSION .....	29
BIBLIOGRAPHIE .....	31
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	33
DÉFINITIONS .....	33

ANNEXES.....	34
CARTE 1: Densité de médecins généralistes par bassins de vie en 2012.....	34
CARTE 2: Localisation géographique des entretiens .....	35
TABLEAU 1: Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée.....	36
TABLEAU 2: Caractéristiques professionnelles de la population étudiée .....	37
TABLEAU 3: Grille de thèmes.....	39
ANNEXE 1: Mail transmis aux signataires par l'intermédiaire des ARS .....	61
ANNEXE 2: Grille d'entretien .....	62

## INTRODUCTION

Déserts médicaux, pénurie de médecins, territoires sous-dotés... des expressions au coeur de l'actualité et surtout une réalité pour les patients de ces régions où l'accès aux soins est devenu difficile en terme de délais de rendez-vous et de proximité.

Au cours des 9 dernières années, les effectifs de médecins généralistes et de certaines spécialités telle la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ont fortement diminué, respectivement de 8,4% et de 48,2%. De plus, parmi les médecins en activité régulière, 27,1% ont plus de 60 ans. La spécialité « médecine générale » sera la plus touchée par ces départs en retraite et cela pourrait se traduire par la perte d'un médecin généraliste sur quatre entre 2007 et 2025 <sup>[1]</sup>.

Avec une densité médicale de 284,4 médecins pour 100 000 habitants au 1er janvier 2016, la France se classait au 15ème rang des pays de l'OCDE (2011) <sup>[2]</sup>. Ces effectifs pourraient être suffisants s'il n'existait pas des inégalités de répartition des praticiens sur le territoire. Par exemple, la façade Atlantique n'a pas de problèmes d'accès aux soins, contrairement à la région Centre qui allie manque d'attractivité et faible densité <sup>[1]</sup>. Ces inégalités sont présentes au niveau régional. Mais l'approche la plus pertinente pour analyser ces différences entre territoires est l'échelle par bassin de vie <sup>1</sup>. Elle montre des déserts médicaux dans quasiment tous les départements <sup>[3]</sup>.

Les départs prévisibles à moyen terme associés à ces disparités territoriales rendent cette situation préoccupante pour l'avenir. Contrairement à certains pays, la France n'a pas mis en place de mesures coercitives pour pallier ce phénomène. Mais de nombreuses mesures incitatives à l'exercice dans les zones sous-médicalisées ont été tentées <sup>[4]</sup>. Ces initiatives étaient souvent mal connues des étudiants en médecine et des professionnels de santé et peu évaluées.

Le Contrat d'Engagement de Service Public créé en 2009 dans le cadre de la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » propose aux étudiants en médecine ou odontologie à partir de la 2<sup>ème</sup> année une allocation brute mensuelle de 1200 euros. En contre partie, ceux-ci s'engagent à exercer dans une zone où l'offre médicale fait défaut pendant une durée égale à celle du versement de l'allocation <sup>[5]</sup> <sup>[6]</sup>. En 2016, plus de 1300 contrats ont été signés. Dans le cadre du Pacte Territoire Santé 2, le ministère des affaires sociales et de la santé mise sur cette mesure pour faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles avec un objectif de 1700 contrats signés en 2017 <sup>[7]</sup>.

Le CESP est la mesure incitative à l'installation la plus connue par les étudiants <sup>[8]</sup>, il est coûteux pour le Conseil National de Gestion, et son caractère récent fait que son influence sur ses bénéficiaires n'a pas encore été évalué. En 2016, a-t-il permis l'installation de médecins dans les zones sous-médicalisées?

L'objectif principal de cette étude était de décrire l'influence du CESP sur le choix de l'activité professionnelle des signataires actuellement en exercice et l'objectif secondaire était de restituer leurs propositions d'amélioration du contrat.

---

<sup>1</sup> Un bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. (Définition de l' INSEE)

## MATÉRIELS ET MÉTHODE

Cette étude qualitative, nationale a été menée auprès de médecins généralistes et spécialistes installés en libéral ou salariés d'un hôpital, signataires d'un CESP au cours de leurs études.

Une enquête qualitative était la méthode la plus adaptée pour décrire un parcours professionnel et recueillir des opinions en particulier dans ce cas où les effectifs de médecins en exercice signataires d'un CESP étaient faibles. Les entretiens téléphoniques ont été choisis pour éviter des trajets dans tout la France et les régions d'Outre-Mer à l'enquêtrice.

Pour des raisons de protection des libertés et de confidentialité, je n'ai pas pu obtenir les coordonnées des signataires par le CNG ou les ARS. Les référents CESP de chaque ARS de France métropolitaine et des Départements et régions d'outre mer ont transmis de ma part un mail avec mes coordonnées (Annexe 1) à chaque signataire déjà en fonction de leur région. Je disposais des coordonnées de ceux de la région Bretagne, ils ont été contactés directement. S'ils désiraient participer à l'enquête, ils me contactaient par mail ou par téléphone afin de convenir d'une date d'entretien.

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés par téléphone, sauf un, qui a été réalisé par mail en raison d'un réseau téléphonique defectueux et aléatoire. La grille d'entretien (Annexe 2) comprenait 4 parties : la présentation socio-démographique du médecin interrogé, son activité professionnelle entre la fin de ses stages d'internat et son installation, une description de son activité professionnelle actuelle, des questions concernant le CESP. Elle a été testée sur les 4 premiers entretiens, ceux-ci ont été inclus dans l'enquête. Suite aux entretiens tests, la partie présentation a été modifiée au profit de questions plus directes.

18 entretiens téléphoniques ont été menés entre le 14 mars et le 2 juin 2016, ont duré entre 9 minutes, 40 secondes et 63 minutes (Médiane : 15 minutes ; Moyenne : 19,15 minutes). Un rendez-vous téléphonique étant impossible, le médecin 19 a répondu aux questions de la grille d'entretien par mail.

Chaque entretien a été enregistré après avoir obtenu un consentement oral du médecin interrogé, puis retranscrit mot à mot. L'anonymat a été respecté. Le verbatim a été analysé à l'aide du logiciel NVIVO, les thèmes et les sous thèmes ont été dégagés puis analysés. La triangulation des données n'a pas pu être réalisée.

# RÉSULTATS

## Réalisation des entretiens

110 mails ont été transmis par les ARS, 33 signataires ont accepté un entretien, 3 ont été exclus de l'étude car ils n'étaient pas thésés et donc pas installés ou en fonction. Le choix de l'échantillon s'est fait en essayant de varier les profils et les zones géographiques, les médecins ont été interrogés jusqu'à saturation théorique des données. 19 entretiens ont été réalisés.

Les extraits issus des entretiens seront identifiés par EX, X étant le numéro attribué à l'entretien arbitrairement par ordre chronologique de sa réalisation.

## Caractéristiques de la population étudiée

19 médecins ont été interrogés, 12 femmes (63,2%), 7 hommes (36,8%) . Ils avaient entre 27 et 34 ans (moyenne : 30,5 ans ; médiane 31 ans), vivaient en couple (89,5%) avec (68,4%) ou sans enfants. Ils sont d'origine rurale (68,4%) et pour 47,4 % originaires de leur région d'installation. Ils ont fait leurs études ou au moins une partie dans leur région d'installation (68,4%)

17 médecins interrogés ont fait une formation de médecine générale, 2 d'entre-eux l'ont complétée par une formation d'urgentiste et 1 est chef de clinique. Les 2 autres médecins étaient psychiatres.

Les médecins généralistes avaient une activité principale en libéral, 3 d'entre-eux avaient une activité mixte : chef de clinique, centre de planification, hôpital local. Un des médecins généralistes exerçait uniquement sous forme de remplacements.

Les urgentistes et les psychiatres étaient salariés d'un hôpital.

Ils ont pris leurs fonctions entre octobre 2013 et avril 2016.

Tous les médecins interrogés ont signé un CESP en fin de parcours, 2 étaient externes en 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> années, les autres étaient internes. Les signatures ont été faites entre 2010 et 2012 (médiane : 2011). La durée d'engagement varie entre 2 ans et 5 ans et 2 mois (moyenne : 39,5 mois ; médiane : 37,5 mois).

# Influence de la signature d'un CESP sur le choix de l'activité professionnelle des signataires déjà installés ou en fonction.

## 1. Raisons de la signature du CESP

L'effet d'aubaine et le côté **financier** étaient les raisons principales de la signature d'un CESP.

Peu de signataires évoquaient exclusivement des raisons financières:

*Pour l'aspect financier. E10 E13*

*C'est pour subvenir aux besoins financiers de la famille pendant mes études, à la fin de mes études. E15*

Tous les autres signataires avaient déjà un projet de vie et d'exercice en zone sous-médicalisée et ont profité de cette aide financière qui leur été proposée.

*Moi, si tu veux, c'était une porte ouverte, je voulais aller exercer à la campagne. On m'a dit : « il y a des aides » je les ai signées, puisque de toute manière, c'était ce que je voulais. E1 E12 E19*

*Tout simplement parce que je savais très bien que je voulais m'installer à X, c'était une zone déficitaire et que j'avais besoin d'argent pendant mes études, donc en fait, j'ai reçu une allocation alors que j'étais sûre d'honorer le contrat parce que je voulais de toute manière m'installer dans cette zone là. Pour moi, c'était du pain béni, le CESP. E5*

*C'est plus le CESP qui a collé à mon projet que moi qui aie construit un projet en fonction du CESP. E7*

2 signataires évoquaient l'envie de **suivre des directives** pour choisir leur lieu d'installation :

*Je savais aussi que derrière il y avait un travail de fait par les ARS, pour justement récolter un petit peu tous les besoins des territoires, je savais que j'allais pouvoir choisir mon lieu d'exercice et que le travail avait déjà été fait avant sur ce qui était attendu sur le territoire, ce qui était en projet, ce qui était prévu, déjà fait...E9*

2 signataires ont signé ce contrat par **curiosité** vers une nouvelle mesure :

*Et puis après, je suis curieux, je voulais voir ce que ça donnait. E13*

## 2. Création d'un projet professionnel

Le choix de leur lieu d'installation s'est fait sur des **raisons personnelles et familiales**: se rapprocher de leur région d'origine, un endroit compatible avec l'emploi du conjoint, une région plaisante :

*On voulait avec mon mari s'installer pas très loin de chez nos parents. E1*

*Déjà, avec mon compagnon quand même, je n'ai pas choisi toute seule, il fallait que ça puisse correspondre à ses envies aussi. E9*

*Parce que la ville nous plaisait, on l'a découvert pendant notre internat et ça nous a bien plu. E4*

A ses raisons personnelles s'ajoutaient des **raisons professionnelles**. La moitié des signataires avaient choisi leur lieu d'exercice dans le but d'intégrer une **structure médicale** déjà en place ou un **projet attractif** :

*C'est que l'endroit où j'avais envie de m'installer parce que en fait, il y avait un projet de pôle médical. E11*

*Je suis allé voir différents médecins dans des zones qui étaient en zone fragile et qui cherchaient un jeune pour reprendre la suite [...] et j'en ai trouvé un qui me convenait en terme de distance, en terme de pratique du médecin avant, c'est important aussi qu'on est à peu près la même pratique, et après en possibilité d'association. E4*

Les signataires évoquaient un **attrait pour la médecine rurale** :

*Le boulot aussi ne m'intéresse pas en ville. E6*

7 signataires ont découvert leur futur lieu d'installation grâce à un **stage** pendant leurs études :  
*Sur les 8 stages d'interne, j'en ai fait 7 dans l'hôpital dans lequel je travaille. E2*

*Je l'[mon projet d'installation] ai construit en second semestre d'internat au cours de mon stage chez le praticien. Le projet de maison de santé... de réseau de maison de santé était tout juste né. Du coup, j'ai trouvé le projet captivant et je me suis greffée la dessus. E5*

Tous les signataires ont pu **choisir leur activité**, parfois après un désaccord initial avec l'ARS. Ils ont construit seul leur projet professionnel.

*C'était mon idée et ça leur convenait très bien, pas eu besoin de négocier quoi que ce soit. E1  
L'ARS a plutôt suivi à posteriori mon installation que réellement la préparer en fait.[...]J'ai fait 100 % ce que je voulais. E7*

*J'ai choisi et j'ai fortement insisté auprès de l'ARS pour qu'ils valident. E10*

### **3. Activité entre la fin de l'internat et la prise de fonction**

En majorité, les signataires ont **pris leurs fonctions directement** après la fin des stages d'internat :

*Je me suis installée le lendemain de ma thèse. [...] Juste pour une question de formalité, j'ai remplacé administrativement le temps que les papiers se fassent. E6*

*Je me suis installé directement. E7 E15 E16*

Entre la fin de leurs stages d'internat et le passage de leur thèse, les signataires ont pu **choisir librement leur activité** :

*Tant qu'on était pas thésé et installé, on pouvait faire ce qu'on voulait. Enfin... on prolongeait d'autant plus la durée d'engagement puisqu'on était obligé de continuer à percevoir la bourse tant qu'on était pas installé donc pour eux, l'intérêt était qu'on soit engagé plus longtemps. E17*

*Ils [l'ARS] m'ont laissé tranquille avant ma thèse. E18*

Parmi ceux qui ne se sont pas installés directement, seuls 2 signataires ont eu un **report d'installation** de plus de 1 an.

*Le temps que je passe ma thèse, donc 3 ans (sourire). Euh attendez, c'est ça (hésitations) 3 ans. Parce que, j'ai passé ma thèse en janvier mais bon comme il y a eu un retard d'installation par rapport au projet qui était prévu pour octobre, donc j'ai eu un report encore. Donc oui, presque 3 ans. E17*

La préparation de la **thèse**, un **congé maternité** ou des **locaux non disponibles** étaient les causes de report d'installation évoquées :

*J'ai un petit peu remplacé, j'ai été en congé maternité en fait. E5*

*J'ai eu une prolongation parce que la maison de santé n'étant pas encore ouverte, les travaux n'étant pas encore fini, j'ai eu le droit d'en bénéficier jusqu'à l'ouverture, en fait jusqu'à mon installation. E1*

Pendant cette période, les signataires ont remplacé en alternance avec le travail de thèse.

1 seul signataire n'a pas fait de **remplacements** uniquement en zone sous-dotée :

*Il y avait des zones sous-dotées, mais je veux dire, ça n'était pas une condition préalable. E17*

Les autres ont remplacé uniquement en zone sous-dotée :

*Donc à partir du moment où j'ai fini mon internat, je n'ai fait que des zones prioritaires. E1*

*J'ai pris 6 mois de disponibilité l'été 2014, avant de faire mon dernier stage d'interne, pour faire des remplacements en zone fragile. E4*

#### **4. Activité professionnelle actuelle**

Les signataires étaient satisfaits de leur activité professionnelle qu'ils jugeaient **variée et enrichissante**.

*C'est passionnant, parce que je fais de la médecine de tout. E3*

Leur **charge de travail était importante**, le temps passé au soin était accepté avec plaisir mais le temps passé à la « paperasse » était déploré.

*On est vraiment débordé de boulot. E6*

*Le seul bémol est que je travaille beaucoup et que clairement j'avais pas souhaité en arriver là. E13*

*La charge administrative, le temps en dehors de la consultation, de coordination, de rappel du patient, de rassurer les gens pour des choses pas forcément urgentes... voilà. E16*

Les signataires subissaient dans leur activité professionnelle le **manque de médecins spécialistes et généralistes** dans leur région. Des confrères partant en retraite sans successeur et l'absence de nouvelles installations se répercutaient sur leur activité en majorant leur charge de travail. Le problème de l'**épuisement professionnel** était évoqué par plusieurs signataires.

*Depuis que je me suis installée, j'ai subi 6 départs et pas d'installation. E1*

*Je pense qu'il y a beaucoup de choses qui entrent dans un épuisement un peu professionnel, mais qui n'est pas lié à l'endroit où je suis installée mais plus lié à l'exercice en soi, l'exercice professionnel de médecine générale où qu'on soit. E16*

Les signataires essayaient de **limiter leur temps de travail** afin de **concilier leur vie familiale** avec leur vie professionnelle. Ils devaient **adapter leurs conditions de travail**, certains limitaient le nombre de visites à domicile, d'autres n'acceptaient plus de nouveaux patients.

*Moi je fais 52 heures par semaines, avec des petits bouts, c'est pas toujours simple. Il faut s'accrocher. E11*

*Je n'aime pas les visites, c'est très chronophage. Donc c'est sympa pour la promenade, mais malheureusement, ça prend beaucoup trop de temps. E6*

Tous les signataires exerçaient ou avaient un projet d'**exercice en groupe**. Un des signataires souhaitait rester en cabinet isolé mais travaillait en collaboration avec des paramédicaux et un autre médecin installé dans un village à proximité.

*Je trouve que c'est pas seulement dans l'air du temps, c'est bien pour la médecine, pour les patients de travailler en interdisciplinarité. E4*

*Ça ne me gênait pas d'être en zone rurale, bien au contraire, mais je ne voulais pas être seule. E18*

## **5. Influence du CESP et des autres aides à l'installation sur leur activité professionnelle**

Pour 11 signataires, le CESP n'avaient eu **aucune influence** sur leur activité professionnelle actuelle.

*Ma situation actuelle CESP ou pas CESP aurait été la même. E5*

Pour les autres, le CESP leur a permis de **s'installer plus rapidement**

*Pour être honnête, j'aurais fait des remplacements un peu plus longtemps. E5 E9 E12*

Le CESP a permis à un signataire de rester en zone sous-dotée :

*Le fait d'avoir un engagement de deux ans et demi, ça m'a permis de ne pas partir sur un coup de tête dès le début, à la première difficulté. Et finalement d'y trouver mon compte et de rester. E10*

Un médecin ayant eu une formation de généraliste a pu travailler dans un service de pédiatrie grâce au CESP :

*C'est-à-dire que moi, je n'ai pas pu faire spé pédiatrique, mais je l'aurais fait si j'avais pu. Donc là, c'est un moyen finalement de faire ce que j'avais envie. Du coup cette signature, elle a eu une répercussion importante pour mon avenir professionnel. E13*

Un des médecins interrogés s'est installé dans un lieu différent à cause du CESP :

*Je me suis installé dans un lieu différent de où je me serais installé par ailleurs. E15*

Les médecins salariés ne bénéficiaient pas d'autres aides à l'exercice en zone sous-dotée. Tous les médecins généralistes interrogés installés en libéral sauf un, en bénéficiaient : PTMG, l'option démographie de l'assurance maladie, l'exonération d'impôts liée à une zone de revitalisation rurale. Ces aides n'étaient **pas connues** des signataires avant leur installation et n'ont **pas eu d'influence** sur le choix de leur activité professionnelle actuelle. Plusieurs signataires ont cumulé plusieurs aides pour un engagement identique.

*Mais c'est vrai que l'histoire de l'exonération d'impôt, je ne savais pas qu'il y avait ça. E9*

*Que j'ai eu ces aides là ou pas, je me serais installée là au final. E1*

*De toute façon, dans la mesure où je suis déjà engagé... disons que je suis engagé pour 3 ans alors que je suis déjà engagé pour 5 ans. Donc, ça revient au même. C'est une aide que j'ai intérêt à prendre de toute façon, je ne perds rien à la prendre. E17*

## 6. Projets des signataires à l'issue de leur engagement

Seul un signataire envisageait une **rupture de contrat** :

*La seule chose qui me ferait envisager une rupture, c'est si le projet de maison de santé pluri-professionnelle tombait à l'eau... E9*

À l'issue de leur engagement, 13 signataires envisageaient de **garder la même activité** :

*Poursuivre mon activité ici. E1 E4 E5 E12*

Parmi les autres, un médecin spécialiste souhaitait s'installer en **secteur 2** en libéral en zone sous dotée, et un médecin généraliste envisageait d'**exercer dans une zone non sous-dotée** à l'issu de son engagement :

*Le jour où je suis titulaire, je peux atteindre le secteur 2 donc je pourrai me casser de l'hôpital du jour au lendemain pour m'installer en libéral en secteur 2. [...] pas loin d'ici, donc je pense que ça rentrera encore dans les critères du CESP. E2*

*Je refais une collaboration dans un autre endroit [...] non sous-doté. E15*

## Suggestions d'amélioration du CESP par les signataires

### 1. Opinion des signataires sur le CESP

Les signataires étaient **favorables aux mesures incitatives** contrairement aux mesures coercitives.

*Je pense que c'est un très bon principe que d'inciter les jeunes médecins avec ce contrat à s'installer dans des zones fragiles plutôt que de les forcer à se mettre à tel ou tel endroit. Je pense que les mesures incitatives sont plus prometteuses. E5 E6 E13*

Ils jugeaient le CESP comme une mesure **non efficace** en tant que mesure incitative.

*Je le conseillerais oui, si on est interne, qu'on a l'optique de rester en campagne, qu'on sait que là où on veut aller, c'est déficitaire, on ne prend pas trop de risques. E3 E5 E7 E11 E16 E17*

*Mais je ne le conseillerais pas aux politiques comme moyen pour faire venir des toubibs. E3*

Pour eux, le CESP pouvait être une solution pour **financer des études de médecine**, pour **obtenir une spécialité** et **découvrir** le travail dans une zone sous dotée.

*Après les études de médecine sont longues et coûteuses, on a déjà la chance qu'elles ne soient pas payantes en France. Si ça peut être une solution pour que quelqu'un puisse les faire. E6*

*Mais pour les spécialistes ou ceux qui veulent à tout prix une spécialité, c'est intéressant de négocier avec un CESP pour l'obtenir la spécialité, en échange on va travailler en zone sous-médicalisée en contre-partie et tout le monde est content. E14*

*C'est un engagement qui nous permet de tester l'exercice surtout en zone rurale. E5*

Le CESP était jugé **trop contraignant** pour les signataires en début d'externat.

*Alors effectivement pour les externes, c'est quand même un gros fil à la patte, hein, parce que ceux qui enquillent pour huit ans, ça fait mal. E2*

### 2. Avant la signature: améliorer la communication sur le CESP

Certains signataires avaient découvert le CESP par hasard, ils proposaient de le **présenter aux étudiants dans toutes les facultés de médecine**.

*C'est la promotion du CESP, qu'est ce qu'on dit, de quelle manière on fait la promotion sans être démagogique, en annonçant vraiment la couleur des choses, en même temps, en n'étant pas trop négatif, parce que moi, j'ai entendu des discours assez négatifs, pour dire que ça correspondrait pas aux gens, que c'est pas la peine de leur présenter... E7*

### 3. Au moment de la signature: modifier le contrat

Tous les signataires évoquaient la nécessité de **clarifier le contrat**

*On ne sais pas où on va, moi, je trouve qu'on ne sait pas où on va, les zones peuvent changer comme elles peuvent ne pas changer. E12*

Les signataires proposaient une **cartographie nationale** des listes des lieux d'exercices possibles pour la médecine générale et les spécialités accessibles dès la signature.

*Réaliser un mappage intégral du territoire afin que les candidats puissent savoir quelles sont les zones concernées, sans attendre que les ARS se bougent pour les désigner. E19*

Ils souhaiteraient clarifier les **conditions de validation** des périodes travaillées :

Le remplacement est-il possible ? Qu'est ce qu'un plein temps en libéral ? Quelles sont les modalités en cas de congé maternité ? Des astreintes dans un hôpital local sont-elles possibles ?

*Le problème, c'est que l'ARS n'avait pas forcément les réponses à mes questions. Moi, je leur ai demandé : « est-ce que je peux faire des astreintes ? » et en fait, ils ne savent même pas trop, c'est pas très clair non plus, ils me disaient qu'il fallait un temps plein en libéral. Voilà, moi je fais un 80 % mais qu'est ce qu'ils entendent par temps plein ? Enfin, ça a toujours été un peu obscur, mais bref. E12*

Les **médecins spécialistes** estimaient que le contrat n'était pas adapté à leur situation :

*Il faudrait qu'il soit plus spécifique pour les spécialités. Que ce soit une mesure moins généraliste, parce que pour moi, quand ils l'ont lancé, ils n'avaient absolument pas réfléchi à l'avance à ce qu'ils allaient proposer pour les médecins spécialistes. C'est quelque chose qui avait été créé dans la tête des politiques de santé pour les généralistes. Ils ont accepté que les spécialistes signent mais ils n'avaient pas pensé à la mise en place. Donc je pense que c'est quelque chose qui devrait être un peu plus différencié en fonction de l'exercice. E10*

Les signataires suggéraient d'augmenter la **souplesse** du contrat sur le plan financier, d'adapter les sommes perçues et les durées d'engagement :

*Le rendre plus souple, ça serait par exemple que au lieu qu'on vous file 1100 euros par mois, vous pourriez décider de combien vous avez besoin et ça vous diminue la durée d'engagement. E2*

### 4. Après la signature: améliorer le suivi et l'accompagnement des signataires pendant leurs études

La majorité des signataires estimaient que l'accompagnement par les ARS dont ils ont bénéficié n'avait pas été à la hauteur de leurs espérances.

Ils proposaient un **réfèrent CESP unique et formé** dans chaque ARS qui puisse répondre à leurs questions:

*Je trouve que l'accompagnement selon les ARS est très hétérogène en fonction de là où on a signé son contrat. E9 E12 E16*

*Peut-être bien informer le personnel de l'ARS qui doit nous encadrer [...] on a l'impression que l'ARS, ils sont pas vraiment informé sur comment ça se passe. E14 E16*

*Et même quand on demande, il n'y a pas vraiment d'informations. E16*

Des **entretiens individualisés** réguliers permettraient au signataire de construire un projet professionnel dès le début de l'internat.

*Faire le point de façon personnelle parce qu'ils font le point d'une façon globale avec tous les CESP de la région, ce que je ne trouve pas très intéressant d'ailleurs parce que ce sont des statistiques qu'ils nous sortent et c'est pas très constructif. Alors que des entretiens individualisés, ça peut permettre d'avancer justement au cours de l'internat pour pouvoir monter un projet et que ce ne soit pas monté rapidement à la fin de l'internat. E4*

*C'est sur l'accompagnement au cours du cursus, j'ai eu aucun contact avec l'ARS ou presque pendant toutes mes études. Je pensais que ce serait un peu plus étayé que ça. E4 E7 E9 E16*

Un **portail CESP** à jour permettrait d'obtenir des informations facilement:

*Je trouve qu'il n'y a pas eu coopération ou de plateforme pour pouvoir avoir des informations un peu plus claires. E16*

## **5. Faire découvrir les zones sous-dotées aux étudiants pendant leurs études**

Les signataires suggéraient de proposer des **stages** aux étudiants souhaitant exercer en zone sous-dotée.

*Leur permettre d'accéder à des stages qui correspondent à peu près à leur projet ou en tout cas leur faire découvrir des endroits s'ils n'ont pas encore de projet bien précis, autant en externe qu'en interne, je pense qu'il y a des travaux à faire là-dessus. E7*

**Rencontrer les médecins** exerçant dans les zones sous-dotées et faire connaître les **structures existantes** aiderait les signataires à construire leur projet professionnel :

*Nous accompagner peut-être plus dans les choses qui existent, pour nous inciter à aller travailler dans les zones déficitaires, dans les maisons de santé qui existent, nous faire rencontrer les médecins, nous faire rencontrer les personnes, [...] c'est une histoire de rencontres. E17*

## **6. Permettre aux signataires de décaler une installation pour faire des remplacements**

Un signataire ayant été fortement incité par l'ARS de sa région à s'installer directement après son internat proposait de permettre de faire des **remplacements** avant le s'installer :

*Je pense que c'est important de faire des remplacements [...] C'est un peu ce que je regrette, le côté astreignant en terme de délais post internat pour s'installer. C'est un peu ce que je reproche au CESP, plutôt que de s'installer tout de suite, autant laisser les gens faire un peu de remplacement au moins pendant un an et puis après qu'ils montent un projet. E4*

## 7. Accompagner les signataires sur le plan administratif au moment de leur installation

Le problème des tâches administratives au moment de l'installation et les difficultés à les gérer a été évoqué par la plupart des signataires installés en libéral.

Ils suggéraient que des **formations à la gestion d'un cabinet médical** leur soient proposées en fin de cursus.

*Il suffirait d'aller à un séminaire de 4 jours et ce serait fait. Parce que c'est pas compliqué. Ça nous faciliterait vachement la tâche. E3*

*Peut être être un peu plus aidé sur les questions de fiscalité ou les choses un petit peu plus pratico-pratique. Ça, ça pourrait être bien, parce que c'est vrai que l'installation après c'est un sacré chantier, quand on y est confronté. E5*

Ils jugeaient utile la création d'un **portail installation** et la possibilité de contacter un « **réfèrent installation** » dans les ARS en cas de besoin :

*Il y a une notion, comme il se fait dans certaines facs, de portail unique pour l'installation, je pense que plus que jamais il faudrait pour les candidats CESP il faudrait que ce soit le cas. Pour tous les étudiants qui veulent s'installer, déjà, ça, c'est une bonne chose, mais encore plus pour les étudiants qui font le CESP. Parce que les démarches quand on s'installe en milieu un peu isolé, rapidement, il faut faire des kilomètres pour aller à droite, à gauche s'il y a besoin, aller à l'URSSAF, à la CPAM ou je ne sais pas quoi. Donc, qu'il y ait vraiment un guichet unique, peut-être via l'ARS justement, les référents installation de l'ARS [...] un référent vraiment unique qui aide pour toutes les démarches administratives qu'il y a à faire au moment de l'installation. E7*

Quelques signataires proposaient des **postes « clefs en mains »** pour les CESP :

*Je pense que ce qui serait pas mal pour les zones sous-dotées des salariats, les maisons de santé avec des salariats, du prêt à l'emploi, quoi. Le médecin arrive, il travaille, quasiment salarié ou pas, après... ou du semi-salariat... ou je ne sais... Qu'il n'y ait pas grand-chose à faire, ça serait peut-être plus simple pour recruter dans les régions sous-dotées. E15*

## DISCUSSION

### **Caractéristiques de la population étudiée.**

Le profil des médecins interrogés était une femme de 30,5 ans en couple avec enfant d'origine rurale et ayant déjà vécu dans la région dans laquelle elle s'est installée (soit elle était originaire de cette région soit elle y avait vécu pendant ses études) et ayant signé le CESP en 2011. En 2012, dans sa thèse « Profils et motivations des signataires d'un contrat d'engagement de service public »<sup>[9]</sup> B. Vachon retrouvait le même profil chez les internes signataires sauf qu'ils n'avaient pas encore d'enfant. Le profil des externes différait. Cela s'explique par le fait que les internes interrogés dans notre étude faisaient probablement partie des internes interrogés en 2012. Comme dans notre étude, peu envisageaient une rupture du contrat (30%).

### **L'accompagnement par les ARS prévu par le CESP n'a pas répondu aux attentes des signataires.**

Le contrat prévoit un triple engagement : une allocation brute mensuelle de 1200 euros, un accompagnement individualisé durant toute la formation par l'ARS de la région de formation et un soutien au moment de l'installation ou de la prise de fonctions<sup>[10]</sup>.

Les signataires interrogés ont jugé insuffisant l'accompagnement dont ils ont bénéficié durant leur formation. Certains signataires avaient même signé dans le but d'être orientés dans le choix de leur lieu d'exercice. Ils étaient demandeurs d'entretiens individualisés réguliers pour faire le point sur leur projet professionnel, d'un « portail CESP » et d'un référent CESP unique et formé dans les ARS qui puisse répondre à leurs questions. Les signataires ont créé leur projet seul sans aide des ARS et ont pu choisir librement leur activité future.

L'accompagnement individualisé a été mis en place en théorie depuis le 29/10/2013<sup>[11]</sup>. Les médecins interrogés ont signé leur CESP entre 2010 et 2012. Il faudrait interroger les signataires des promotions 2014 à 2016 afin de s'avoir si cet accompagnement s'est amélioré.

De plus, ils proposaient de faciliter les stages pour les externes et les internes dans les zones correspondant à leur projet. Des présentations des structures déjà en place dans les zones déficitaires intéressant le signataire et des rencontres avec les médecins y exerçant comme par exemple les « Généraliste dating : 60 secondes pour convaincre »<sup>[12]</sup> organisées par l'ARS Bretagne pourraient s'intégrer dans le suivi annuel par les ARS.

La plupart des signataires avaient déjà eu un contact avec les médecins ou la structure dans laquelle ils se sont installés. En effet, la moitié des signataires a choisi son lieu d'exercice pour la structure déjà en place ou pour un projet attractif et certains ont intégré la structure d'un de leurs maîtres de stage. Selon une étude de l'AIMGER de 2012, la mesure que les internes considèrent comme la plus efficace pour favoriser l'installation en zone sous-dotée est de développer les stages dans ces territoires<sup>[13]</sup>.

Au moment de l'installation, ils ont aussi jugé le soutien dont ils ont bénéficié insuffisant. Ils étaient demandeurs d'une aide des ARS pour réduire la charge de travail administrative au moment de l'installation et au début de leur activité. Ils proposaient des formations à la

gestion d'un cabinet médical voire des postes « clés en main » salariés dans des maisons de santé.

La lourdeur administrative est évoquée comme un frein à l'installation par les internes de médecine générale Rennais <sup>[13]</sup>, 62 % des répondants estimaient que le médecin généraliste libéral avait trop de tâches non médicales à effectuer et 39 % que les démarches administratives pour s'installer leur semblaient trop lourdes. Dans cette même étude, 47 % des internes étaient prêts à venir exercer une journée par semaine en zone sous-dotée de façon salariée contre 19 % de façon libérale, à côté de leur activité libérale habituelle et ceci à condition d'exercer dans une maison médicalisée déjà entièrement équipée avec un secrétariat (64%).

Deux autres propositions étaient : un « référent installation » et un « portail installation ». Or en 2013, un « référent installation » a été créé dans chaque ARS et les informations concernant l'installation des professionnels ont été rassemblées dans les PAPS <sup>[14]</sup>. Les signataires interrogés se sont installés récemment, entre octobre 2013 et avril 2016, ces mesures n'ont pas été à la hauteur des attentes des jeunes médecins.

## **Le CESP, un contrat à clarifier**

Tous les médecins interrogés évoquaient la nécessité de clarifier le contrat. Le manque de lisibilité sur les postes offerts et sur les conditions de validations des périodes travaillées étaient les points primordiaux à éclaircir. Les spécialistes jugeaient ce contrat non adapté à leur situation.

En 2011, dans un bilan à un an de la création des CESP, le manque de lisibilité sur les postes et les lieux d'exercice était déjà un obstacle à la signature du contrat pour 42 % des étudiants qui n'avaient pas souhaité candidater <sup>[15]</sup>.

En 2005, les zones sous-médicalisées pour les médecins généralistes ont été définies par les critères suivants: une densité de médecins inférieure d'au moins 30% à la moyenne nationale et un niveau d'activité des professionnels de santé supérieur d'au moins 30% à la moyenne sur un territoire dont la population est supérieure à 1500 habitants <sup>[16]</sup>. Actuellement, les zones éligibles au CESP sont définies par chaque ARS en fonction des besoins de sa région et des perspectives d'évolution <sup>[17]</sup>.

Les signataires proposaient une cartographie nationale des lieux d'exercice accessible aux CESP pour les médecins généralistes et les spécialistes. Ces reproches et des propositions similaires avaient été faites par l'ANEMF en 2012 <sup>[18]</sup>. Cependant la liste des postes disponibles aux CESP sur le site du CNG est encore incomplète en septembre 2016. L'ANEMF proposait d'enrichir le site d'internet d'une carte interactive des postes ouverts aux CESP, plus lisible que la page actuelle.

Sur la page C@rtosanté <sup>[19]</sup> de l'Assurance Maladie et des ARS, page qui présente le nombre de professionnels de santé et leur répartition sur le territoire, en septembre 2016, aucune information concernant les spécialités médicales n'était disponible. Seuls les professions libérales de premier recours y sont détaillées : médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens dentistes.

Les conditions de validation des périodes travaillées n'étaient pas inscrites dans le contrat et n'étaient pas accessibles facilement pour les signataires. Selon le site du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé <sup>[20]</sup> : « Si les besoins de la région le nécessitent, un lieu d'exercice peut être constitué en tout ou en partie de remplacements. Il revient à l'ARS de déterminer, en fonction des besoins spécifiques de la zone fragile, ce qui est attendu du médecin signataire. » Dans notre étude, les signataires proposaient que ces informations soient disponibles sur un « portail CESP ».

## **Le CESP, une mesure qui a permis une installation plus rapide de jeunes médecins en zone sous-dotée...**

Grâce au CESP, les signataires ont pris leurs fonctions plus rapidement, en moyenne à l'âge de 29 ans. Actuellement, les médecins s'installent en moyenne à 39 ans, après une période de remplacement de plus en plus prolongée <sup>[3]</sup>.

Le contrat établit que « Le versement de l'allocation cesse à la date à laquelle a été obtenu le diplôme d'État de docteur en médecine. L'exercice professionnel est considéré comme débutant à compter de cette même date. » <sup>[21]</sup>.

Selon l'ARS dont ils dépendaient, les signataires ont pu reporter leur installation le temps de faire leur thèse, d'un congé maternité ou que leurs locaux soient disponibles. En parallèle, ils ont pu faire des remplacements. Ceux qui n'ont pas eu cette possibilité le déploraient et suggéraient d'une part une harmonisation entre les ARS et d'autre part qu'une installation dans le cadre du CESP puisse être décalée pour remplacer en zone déficitaire afin d'apprendre auprès de confrères plus expérimentés. En effet, 55 % des internes de médecine générale déclaraient qu'ils exerceraient en tant que remplaçant à l'issue de leur internat <sup>[22]</sup>.

Une étude de cohorte de 2008 a montré que seuls 10,8 % des nouveaux inscrits à l'ordre des médecins, toutes spécialités confondues, s'installaient en libéral, 19% étaient remplaçants; 7 ans plus tard, ils étaient 33,3 % en libéral et 4,8 % remplaçants <sup>[1]</sup>. Par conséquent, autoriser une période de remplacement aux signataires d'un CESP sachant qu'ils sont engagés à s'installer en zone sous-dotée décalerait uniquement de quelques mois une installation en libéral et leur apporterait satisfaction.

## **... mais ils se seraient installés au même endroit sans aides financières.**

La majorité des signataires ont signé le CESP car ils avaient un projet de vie personnelle et professionnelle en zone rurale sous-médicalisée. Ils estimaient que ce contrat n'avait eu aucune d'influence sur le choix de leur activité professionnelle actuelle et envisageait de poursuivre cette même activité à l'issue de leur engagement. Parmi les signataires qui avaient signé le CESP uniquement dans un but financier, un envisageait d'exercer en zone non déficitaire à l'issue de son engagement et un appréciait finalement son activité en zone sous-dotée et envisageait d'y rester. Un des signataires psychiatres souhaitait poursuivre son exercice en zone sous dotée mais s'installer en libéral en secteur 2.

Les motivations retrouvées par B. Vachon rejoignaient celles de notre étude. Les internes signataires avaient un projet professionnel dans une zone éligible par le CESP à 83 %. 75 %

voulaient s'engager au service de la population, cette notion était moins évoquée dans notre étude. Contrairement aux internes, le besoin financier motivait la signature de 78 % des externes <sup>[9]</sup>.

En plus du CESP, les signataires installés en libéral cumulaient plusieurs aides financières (Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale, Option Démographie de l'Assurance Maladie, Exonération fiscale dans le cadre des Zones de Revitalisation Rurale) pour un même engagement : exercer leur activité en zone sous dotée. Ils n'avaient souvent pas connaissance de l'existence de ces aides avant qu'on les leur propose et estimaient qu'elles n'avaient aucune influence sur leur choix de lieu d'exercice.

En France, une multitude de mesures incitatives à l'installation en zone déficitaire existe, les rendant illisibles et donc méconnues <sup>[4]</sup>. Plusieurs études établissent les mêmes constatations. Une étude régionale avait montré une méconnaissance globale des aides à l'installation par les internes de médecine générale haut-normands <sup>[8]</sup>. Au niveau national, 95,2 % des internes déclaraient ne pas connaître les aides à l'installation <sup>[22]</sup>. Des mesures méconnues ne peuvent pas être efficaces, il apparaît essentiel de les simplifier et d'informer les internes au sein des facultés.

Le but de la création des CESP était de fidéliser les jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée <sup>[15]</sup>. Dans notre étude concernant les premiers signataires qui sont actuellement en fonction, l'effet d'aubaine était prépondérant, le CESP n'a pas joué son rôle de mesure incitative.

A niveau international, des incitations financières à l'installation ont été essayées au Québec, au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Australie et ont eu une influence modérée à court terme et très faible à long terme alors que les coûts associés étaient élevés <sup>[23]</sup>.

## **L'exercice de la médecine en zone déficitaire : le travail en groupe plébiscité, une activité enrichissante, une charge de travail importante.**

L'exercice à plusieurs est plébiscité par les jeunes médecins qu'ils soient signataires d'un CESP ou non. En 2009, 54 % des médecins généralistes exerçaient en groupe et presque 80 % des moins de 40 ans <sup>[24]</sup>.

Pour les signataires, ce sont davantage les infrastructures construites dans les zones sous-médicalisées qui les ont incité à y exercer plutôt que les diverses aides financières qu'ils ont pu recevoir. Une étude réalisée par l'ISNAR-IMG fin 2010 va dans le même sens <sup>[22]</sup>. Elle a montré que seuls 12,2 % des internes de médecine générale interrogés affirmaient que, quelle que soit l'aide proposée, rien ne les inciterait à s'installer en zone déficitaire. Pour 69,5 % des internes, une aide logistique et financière à la création d'une maison de santé pluri-professionnelle ou d'un cabinet de groupe correspondrait à leurs attentes.

L'amélioration des conditions de travail des médecins exerçant en zone sous-médicalisée semble pris en considération par les pouvoirs publics afin d'encourager les installations. Le nombre de maisons de santé pluri-professionnelles est en croissance en France ces dernières années : 240 étaient en fonctionnement en mars 2013 contre 616 en mars 2015 et 407 étaient

en projet, elles se localisent en majorité en zone rurale et sont souvent financées par la collectivité [25].

Comme dans notre étude, 61 % des médecins étaient satisfaits de leur situation professionnelle en général, mais ils déploraient la lourdeur de leur charge de travail 57 % [26]. En 2012 dans une étude de la DRESS, les médecins généralistes ruraux déclaraient un temps de travail hebdomadaire de 60 heures [27].

Cette surcharge de travail associée au manque de médecins dans les zones sous-médicalisées faisait craindre aux médecins interrogés un épuisement professionnel pour les années à venir.

Les tâches administratives étaient pointées du doigt. 97 % des médecins estimaient subir trop de contraintes réglementaires, économiques et administratives [26]. Les médecins généralistes déclaraient consacrer 4 heures hebdomadaires aux tâches de gestion, secrétariat, comptabilité [27]. Les données de la littérature et de notre étude convergent vers la nécessité d'alléger ces tâches pour que les médecins puissent consacrer plus de temps au soin.

Pour ce faire, certains signataires proposaient des « postes clés en main » voire salariés dans les zones sous-médicalisées. Dans la littérature, H. Maurey dans son rapport de 2013 proposait de développer des formes de médecine salariée dans les zones où la médecine libérale ne répond plus aux besoins des populations. Les médecins pourraient être salariés de centres de santé municipaux à l'image de la Ferté-Bernard dans la Sarthe, commune qui emploie depuis 2011 trois médecins salariés, ou être salariés de l'ARS et assurer des remplacements dans les zones fragiles [3].

## **Forces et faiblesses de l'étude.**

Cette étude était la première à s'intéresser aux signataires ayant fini leurs études et étant en cours de « remboursement ». Le but du CESP était de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragile où la continuité des soins est menacée [15]. Son efficacité réelle ne pourra être évaluée que dans plusieurs années, quand plusieurs promotions de signataires auront fini leur engagement. Une étude intermédiaire comme la notre est importante, pour mettre en évidence ses faiblesses et proposer des pistes d'amélioration.

Une des principales limites de cette étude était les entretiens réalisés par téléphone par une enquêtrice non habituée à cet exercice. Le téléphone ne permet pas le recueil de commentaires non verbaux comme lors d'un entretien face à face. Un entretien n'a pas pu se faire par téléphone, le médecin a répondu aux questions de la grille d'entretien par mail. La triangulation des données n'a pas pu être réalisée.

L'échantillon comportait peu de médecins spécialistes et uniquement des psychiatres. Ceci s'explique car à l'origine, le CESP avait été pensé pour les médecins généralistes et a été ouvert aux médecins spécialistes. Peu l'ont signé. 92 % des internes signataires des deux premières promotions se destinaient à la médecine générale.

Cette étude était nationale intégrant les DOM-TOM, mais toutes les régions n'ont pas pu être représentées (Carte 2). En particulier, le nord des Pays de la Loire et le Centre-Val de Loire où les zones de faibles densité d'omnipraticien par bassin de vie sont nombreuses (Carte 1).

En Corse, aucun CESP n'a encore été signé. À la Réunion, en région Grand-Est, l'ancienne « Alsace » comprenant les départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin et en Occitanie, l'ancien « Languedoc-Roussillon » comprenant les départements de l'Aude, le Gard, l'Hérault, la Lozère et les Pyrénées-Orientales n'avaient pas en mars 2016 de signataires d'un CESP installé en libéral ou en fonction dans un hôpital. L'ARS des Antilles et en région Grand-Est, l'ARS de l'ancienne « Lorraine » comprenant les départements de Meurthe-et-Moselle, la Meuse, la Moselle et les Vosges n'ont pas donné suite à ma demande.

Actuellement, généraliser ces résultats n'est pas possible. Cette étude est l'analyse du vécu et des propositions des signataires d'un CESP en exercice en mars 2016. Ces jeunes médecins faisaient partie des premières promotions de CESP et avaient signé leur contrat en fin de cursus, leur engagement était court en moyenne 3 ans et 3 mois. Ils jugeaient un engagement à partir du début d'externat trop contraignant. Considérant le temps de formation d'un médecin, les externes ayant signé le contrat à la même période n'ont pas encore pris leurs fonctions. Par ailleurs, le profil des signataires des nouvelles promotions de CESP tend à se modifier. On observe une augmentation des signataires externes dont quelques uns plus âgés qui profitent du soutien financier apporté par le CESP pour se lancer dans une seconde carrière <sup>[9]</sup>. Ces nouveaux signataires auraient donc un engagement plus long et des motivations différentes : peut-être l'effet d'aubaine serait moins présent et le besoin financier prépondérant <sup>[9]</sup> comme pour deux des médecins de notre étude. En supposant qu'ils ne rompent pas leur contrat, ces médecins engagés sur 5 à 10 ans vont-ils changer de lieu d'exercice à l'issue de leur engagement à l'image de M15 ? Ou finalement se construire une vie personnelle et professionnelle dans cette région et rester sur une plus longue période tel M10 ?

## CONCLUSION

Le CESP est une des solutions incitatives proposées par le gouvernement français pour pallier aux manques de médecins dans certains territoires. À sept ans de sa création, les premiers médecins engagés sont actuellement en exercice.

Selon cette étude, le CESP a accéléré l'installation de ces jeunes médecins dans les régions sous dotées sans influencer le choix de leur activité professionnelle actuelle ou sur sa pérennisation. Ils exerçaient en groupe et étaient satisfaits de leur activité malgré une charge de travail importante. Ce contrat nécessite des clarifications sur les lieux d'exercice possibles pour intéresser les étudiants en médecine. Une amélioration de l'accompagnement par les ARS est suggérée en particulier au moment de l'installation où une aide pour les tâches administratives serait appréciée.

Les médecins interrogés avaient un projet d'exercice en zone sous-médicalisée préexistant à la signature du CESP. Ils ont pu bénéficier de l'aide financière et concrétiser leur projet sans pour autant le modifier. Le CESP n'a donc pas pu jouer son rôle de mesure incitative à l'installation en zone sous-médicalisée pour les premiers signataires.

Reste à savoir si cette tendance se confirmera dans les années à venir avec la prise de fonction des signataires engagés sur une longue durée et pour qui les motivations financières prévalaient sur le côté aubaine.

Imprimé n° 4

Scolarité médecine 3<sup>ème</sup> cycle  
2 avenue Professeur Léon Bernard  
35043 RENNES Cedex

## FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : PHELIPOT Audrey \_\_\_\_\_

### TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :  
Quelle a été l'influence du « Contrat d'Engagement du Service Public » sur le choix de l'activité professionnelle de ses signataires ? Enquête nationale qualitative auprès de médecins signataires actuellement en exercice.

Rennes, le 17/11/2016 D <sup>r</sup> BADOUL  <b>Le Directeur de thèse</b>	Rennes, le 18.11.2016  <b>Le Président de jury</b>
--	---

### Vu et permis d'imprimer

Rennes, le



UNIVERSITÉ DE  
**RENNES 1**

**23 NOV. 2016**  
**Le Président de l'Université  
de Rennes 1**

**Le Président et par délégation**  
**le Vice-Président**  
**D. ALIS**



## BIBLIOGRAPHIE

1. Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1er Janvier 2016. 2016 janv.
2. OCDE. Panorama de la santé 2013 Les indicateurs de l'OCDE. OCDE, éditeur. 2013.
3. Maurey H. Déserts médicaux: agir vraiment. Sénat; 2013 mai. Report No.: 335.
4. Berland Y. Commission Démographie médicale. 2005 avr.
5. 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 modifiant l'article L.632-6 du code de l'éducation. JORF n°0167 juill 22, 2009 p. 12184. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
6. Fillon F. Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales. juin 29, 2010. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022414984&dateTexte=20161014>
7. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Les 10 engagements du pacte territoire santé 2, Engagement 2. nov 20, 2015.
8. Jardel A. Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation par les internes de médecine générale haut-normands [Thèse de Médecine Générale]. Rouen; 2013.
9. Vachon B. Profil et motivations des signataires d'un contrat d'engagement de service public [Thèse de Médecine Générale]. Versailles; 2012.
10. Direction Générale de Offre de Soins, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Agence Régionale de Santé, Conseil National de Gestion. Brochure CESP. 2013. Disponible sur [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure\\_cesp\\_a5.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/brochure_cesp_a5.pdf)
11. Arrêté du 29 octobre 2013 modifiant l'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. JORF n°0258 nov 6, 2013 p. 18013. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028156866&dateTexte=&categorieLien=id>
12. ARS Bretagne, Brochure Généraliste Dating, 60 secondes pour convaincre. Disponible sur <http://www.ars.bretagne.sante.fr/Generaliste-dating-60-second.180302.0.html>
13. AIMGER, Lecoustey M. Proposition sur l'installation des internes. sept, 2012.
14. Ministère des Affaires Sociale et de la Santé. Pacte territoire Santé 1 : Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014. 10 févr 2014.

15. Régnard C. Le contrat d'engagement de service public : bilan d'une première année. 2011 juill.
16. Circulaire DHOS/O3/DSS/UNCAM no 2005-63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes [Internet]. NOR : SANH0530071C. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030019.htm>
17. Article R1434-4 Modifié par Décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016 - art. Code de la Santé Publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000022237753&dateTexte=&categorieLien=cid>
18. ANEMF. Contrats d'Engagement de Service Public Etat des Lieux Propositions. janv 2012.
19. C@rtosanté. Disponible sur <http://www.ars.sante.fr/C-rtoSante.92761.0.html>
20. <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/zoom-sur-les-dispositifs-en-faveur-des-futurs-et-jeunes-professionnels-de-sante/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/la-foire-aux-questions-medecine>
21. Article R632-73 Modifié par Décret n°2013-1080 du 29 novembre 2013 - art. 1. Code de l'éducation. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?jsessionid=9FBA42AE802836F216B41D56F5CC0F11.tpdila09v\\_2?idArticle=LEGIARTI000028265961&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20161014&categorieLien=id&oldAction=&nbResultRech=](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?jsessionid=9FBA42AE802836F216B41D56F5CC0F11.tpdila09v_2?idArticle=LEGIARTI000028265961&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20161014&categorieLien=id&oldAction=&nbResultRech=)
22. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2011.
23. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. IRDES; 2006 juin. Report No.: 534.
24. Baudier F, Bourgueil Y, Évrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. sept 2010;(157).
25. Direction Générale de l'Offre de Soins. Observatoire des MSP 4<sup>èmes</sup> journées FFMPS. 2015 mars 20.
26. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Pour l'avenir de la santé: de la grande consultation aux propositions. 2016.
27. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier É, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Études et résultats, DREES. mars 2012;(797).

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AIMGER	Association des Internes de Médecine Générale de Rennes
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARS	Agence Régionale de Santé
CESP	Contrat Engagement de Service Public
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNG	Conseil National de Gestion
DREES	Direction de la Recherche, de l'Étude, de l'Évaluation et des Statistiques
Loi HPST	Loi Hôpital Patient Santé Territoire
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
ISNAR-IMG	Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
MSP	Maison de Santé Pluri-professionnelle
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
PAPS	Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé
PTMG	Praticien Territorial de Médecine Générale
SISA	Société Interprofessionnels de Soins Ambulatoires
ZRR	Zone de Revitalisation Rurale

## DÉFINITIONS

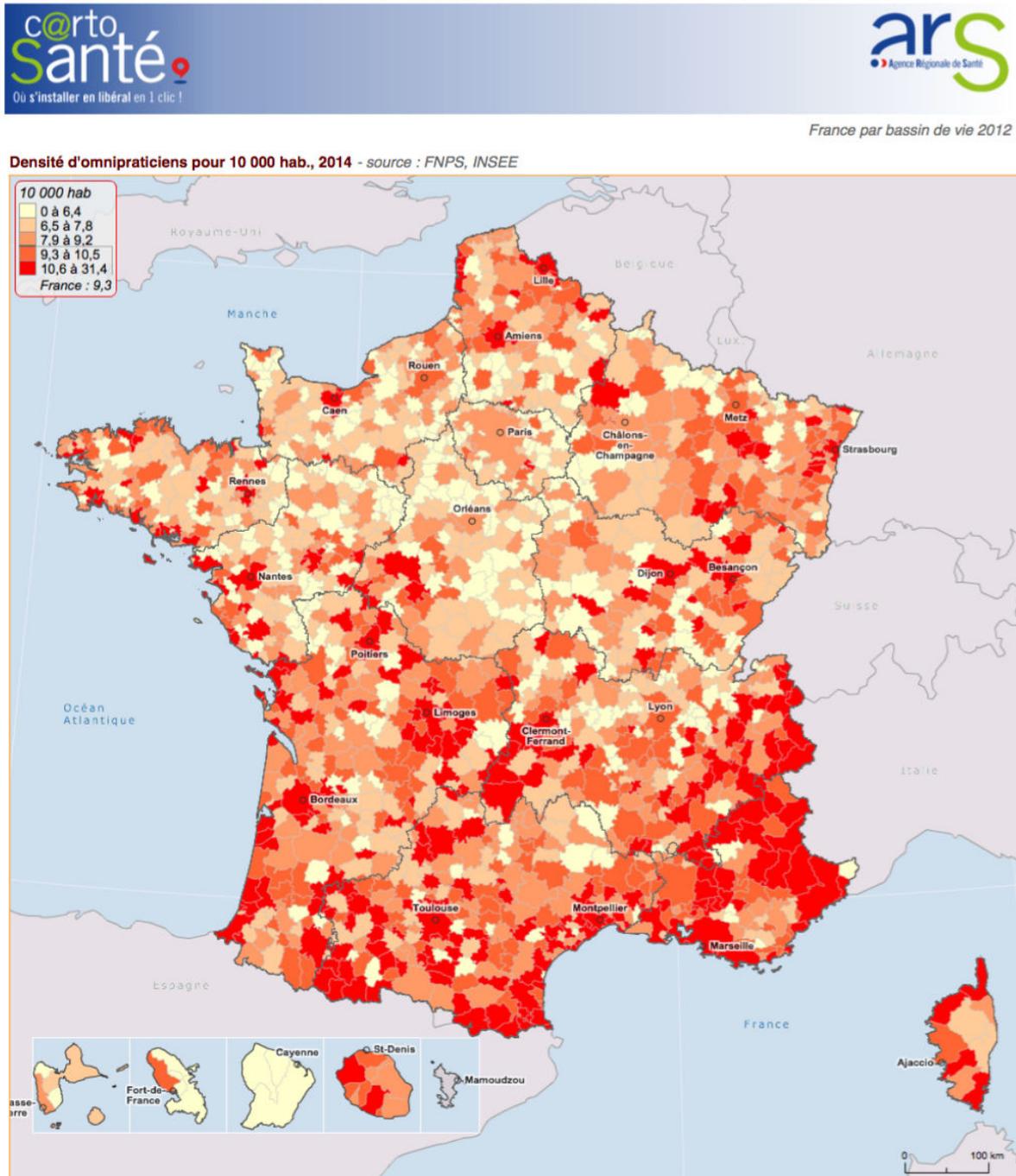
Le contrat **de praticien territorial de médecine générale** est une garantie de revenu de 6900€ brut mensuel pendant 2 ans pour les médecins généralistes nouvellement installés dans un territoire fragile, sous réserve de réaliser 165 consultations par mois. Ce complément de revenu intervient aussi en cas de congé maternité ou de congé maladie.

L'**option démographie de l'assurance maladie** a été créée par la convention médicale de 2011. Elle propose des aides financières aux médecins installés en zone déficitaire en groupe ou en pôle santé, pendant au minimum 3 ans et qui exercent 2/3 de leur activité auprès de patients résidant dans cette zone. Un médecin exerçant en groupe bénéficie d'une aide à l'investissement de 5000€ par an pendant 3 ans et d'une majoration de l'activité (consultation + visite) de 10% dans la limite de 20000€ par an. Un médecin exerçant en pôle santé bénéficie d'une aide à l'investissement de 2500€ par an pendant 3 ans et d'une majoration de l'activité (consultation + visite) de 5% dans la limite de 10000€ par an.

Les professionnels libéraux qui créent leur activité dans une **zone de revitalisation rurale** peuvent bénéficier d'une exonération d'impôt sur le revenu ou sur les sociétés sur leurs bénéfices à 100% les 5 premières années, 75% la sixième année, 50% la septième année et 25% la huitième année.

## ANNEXES

## CARTE 1: Densité de médecins généralistes par bassins de vie en 2012.



Nombre de professionnels (médecins généralistes (y compris à mode d'exercice particulier)) installés au 31/12/200n par rapport à la population INSEE RP 200n-2

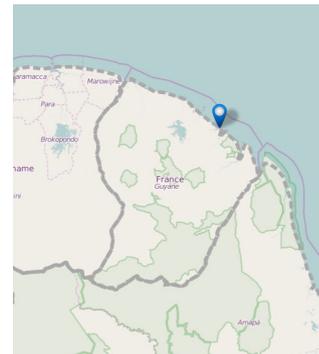
## CARTE 2: Localisation géographique des entretiens



**Guadeloupe**



**Martinique**



**Guyane**



**Réunion**



**Mayotte**

**TABLEAU 1: Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée**

		Âge	Situation familiale	Origine géographique	Originaire de la région d'installation	Études dans la région d'installation
M1	Femme	31 ans	En couple, 2 enfants	Urbaine	Non	Non
M2	Homme	34 ans	En couple, 2 enfants	Urbaine	Non	Externat : Non Internat : Oui
M3	Femme	33 ans	En couple, 2 enfants	Rurale	Non	Externat : Non Internat : Oui
M4	Homme	31 ans	En couple, 2 enfants	Rurale	Oui	Oui
M5	Femme	31 ans	En couple, 2 enfants	Rurale	Oui	Oui
M6	Femme	31 ans	En couple, 0 enfant	Rurale	Oui	Oui
M7	Homme	29 ans	Célibataire, 0 enfant	Rurale	Oui	Oui
M8	Femme	29 ans	En couple, 1 enfant	Urbaine	Oui	Non
M9	Femme	27 ans	En couple, 0 enfant	Urbaine	Non	Non
M10	Femme	31 ans	En couple, 1 enfant	Urbaine	Oui	Oui
M11	Femme	34 ans	En couple, 2 enfants	Rurale	Oui	Oui
M12	Femme	28 ans	En couple, 2 enfants	Rurale	Oui	Externat : Non Internat : Oui
M13	Homme	32 ans	En couple, 2 enfants	Rurale	Non	Non
M14	Femme	32 ans	En couple, 0 enfant	Rurale	Non	Externat : Non Internat : Oui
M15	Homme	29 ans	En couple, 2 enfants	Rurale	Oui	Oui
M16	Femme	27 ans	Célibataire, 0 enfant	Insulaire, urbain	Non	Non
M17	Homme	32 ans	En couple, 2 enfants	Rurale	Non	Non
M18	Femme	30 ans	En couple, 2 enfants	Rurale	Non	Externat : Oui Internat : Non
M19 mail	Homme	29 ans	En couple, 0 enfant	Rurale	Non	Externat : Non Internat : Oui

**TABLEAU 2: Caractéristiques professionnelles de la population étudiée**

	Spécialité	Date de début d'exercice	Statut, mode d'exercice	Structure	Année signature	Durée d'engagement	Rupture de contrat envisagée	Autres aides
M1	Médecine générale	02/2014	Libéral, SISA, Indépendant	MSP	2011, interne	3 ans, 3 mois	Non	- PTMG - Option démographie - ZRR
M2	Psychiatrie	11/2013	Salarié, Praticien hospitalier	Hôpital	2010, interne	3 ans	Non	Non
M3	Médecine générale	11/2015	Libéral, Indépendant	Cabinet isolé	2010, externe 6 <sup>e</sup> année	4 ans, 6 mois	Non	- PTMG
M4	Médecine générale	07/2015	Libéral, Association	Cabinet isolé, projet MSP	2011, interne	3 ans, 6 mois	Non	- PTMG
M5	Médecine générale	07/2015	Libéral, Collaboration	MSP	2011, interne	3 ans, 8 mois	Non	- PTMG - Option démographie
M6	Médecine générale	03/2014	Activité mixte - Libéral, Collaboration - Salarié	Cabinet de groupe Centre de planification Médecin pompier	2012, interne	2 ans	Fin d'engagement	- ZRR
M7	Médecine générale, chef de clinique	11/2015 01/2016	Activité mixte - Libéral, Indépendant - Salarié, Chef de clinique	MSP Université	2012, interne	3 ans	Non	- Option démographie - Aide à la dotation de matériel du Conseil Départemental
M8	Médecine générale	07/2014	Libéral, Association	Cabinet de groupe	2010, interne	4 ans	Non	- Option démographie
M9	Médecine générale	12/2015	Libéral, Indépendant	Cabinet isolé, attente fin de travaux MSP	2010, externe 5 <sup>e</sup> année	5 ans, 2 mois	Peut-être	- Aide du Conseil général au financement de matériel médical - Prêt d'un local par la Mairie - ZRR
M10	Psychiatrie	10/2013	Salarié, CMPP, ANPAA	Centre médico-social	2011, interne	2 ans, 6 mois	Fin d'engagement	Non
M11	Médecine générale	01/2015	Libéral, Association	MSP	2011, interne	2 ans, 6 mois	Non	Non

M12	Médecine générale	11/2015	Activité mixte - Libéral, SISA, indépendant - Salarié, Hôpital local	MSP	2011, interne	4 ans	Non	- PTMG - Option démographie
M13	Médecine générale, Urgentiste	01/2016	Salarié, PH contractuel	Hôpital, service de Pédiatrie	2011, interne	2 ans	Non	Non
M14	Médecine générale	05/2014 Remplacements	Salarié, Hôpital	Centre de santé	2011, interne	2 ans	Non	Non
M15	Médecine générale	11/2014	Libéral, Collaboration	Cabinet de groupe	2012, interne	2 ans	Non	- PTMG
M16	Médecine générale	03/2014	Libéral, Association	Cabinet de groupe, projet MSP	2010, interne	3 ans, 6 mois	Non	- PTMG
M17	Médecine générale	01/2016	Libéral, Indépendant	MSP	2010, interne	5 ans	Non	- Option démographie
M18	Médecine générale	04/2016	Libéral, Association	MSP	2011, interne	4 ans	Non	- PTMG
M19 mail	Médecine générale, Urgentiste	04/2016	Salarié, PH contractuel remplaçant	Hôpital pendant 1 an puis Centre de santé	2011, interne	3 ans	Oui	Non

**TABLEAU 3: Grille de thèmes**

Raisons de la signature d'un CESP	<p>Financières</p> <p><i>Les raisons financières, pour toucher des sous. J'étais étudiante. E1 E11</i></p> <p><i>La première, c'est la thune. C'est le CESP qui m'a fait vivre pendant 3 ans. E2</i></p> <p><i>En sixième année, je n'avais vraiment plus une thune et c'est la Fac qui m'a dit « Écoute, comme tu veux bosser en zone rurale, ma grande, tu n'as qu'à signer le CESP parce que ça te correspond et en plus ça te fera des sous ». E3</i></p> <p><i>Parce que je n'avais pas particulièrement d'endroit où m'installer et que je trouvais intéressant sur le plan financier d'avoir un CESP. E8</i></p> <p><i>Pour l'aspect financier. E10 E12 E13 E14</i></p> <p><i>C'est pour subvenir aux besoins financiers de la famille pendant mes études, à la fin de mes études. E15</i></p> <p><i>On avait pensé que c'était une bonne idée de prendre ça, parce que c'était de l'argent qu'on nous donnait, qui était donné facilement. E17</i></p> <p><i>Enfin, je ne regrette pas, ça m'a bien aidé, et puis c'était un peu comme une sécurité quand on est interne remplaçant. E17</i></p>
-----------------------------------	--

<p>Raisons de la signature d'un CESP</p>	<p>Effet d'aubaine, projet d'installation en zone sous-dotée avant la signature d'un CESP</p> <p><i>Moi, si tu veux, c'était une porte ouverte, je voulais aller exercer à la campagne. On m'a dit : « il y a des aides » je les ai signées, puisque de toute manière, c'était ce que je voulais. E1 E12 E19</i></p> <p><i>Je savais que j'avais envie de m'installer en zone déficitaire, j'y avais droit, j'ai signé. Parce que la contrainte de rendre au moins deux ans [...] ne me tracassait absolument pas. E1 E14</i></p> <p><i>Je savais déjà au moment où je signais en fait, que je voulais aller sur X et sur cet hôpital là. E2</i></p> <p><i>J'étais vraiment sensible à la dé-médicalisation. E3</i></p> <p><i>C'était un argument pécuniaire. Tout en sachant que je voulais travailler en zone rurale donc je me suis dit que ça ne serait pas une grosse contrainte pour moi, sachant que la plupart des zones fragiles sont en zone rurale quand même. E4</i></p> <p><i>Tout simplement parce que je savais très bien que je voulais m'installer à X, c'était une zone déficitaire et que j'avais besoin d'argent pendant mes études, donc en fait, j'ai reçu une allocation alors que j'étais sûre d'honorer le contrat parce que je voulais de toute manière m'installer dans cette zone là. Pour moi, c'était du pain béni, le CESP. E5</i></p> <p><i>Que je le signe ou que je le signe pas, mon projet était le même en fait. Donc là, c'était tout bénéf. E6 E18</i></p> <p><i>Je savais que ça correspondait de toute façon à une zone qui serait compatible avec le CESP. E7</i></p> <p><i>C'est plus le CESP qui a collé à mon projet que moi qui ai construit un projet en fonction du CESP. E7</i></p> <p><i>Quand je suis rentrée en 5e année, c'était la première année du CESP et comme je savais déjà que je voulais exercer en zone rurale sous-dotée sur un projet de maison de santé, je l'ai signé pour en profiter, en gros. E9</i></p> <p><i>Que je savais que je voulais m'installer pas vraiment dans un désert mais... dans l'optique que m'offrait le CESP, parce que le CESP n'envoie pas non plus les jeunes s'installer au milieu de nulle part tous seuls. E11</i></p> <p><i>Moi je suis de zone rurale et [...] je voulais continuer à exercer plutôt en zone rurale. Là, je suis à l'hôpital mais ça reste l'hôpital à la campagne. Je savais que j'allais m'installer en zone rurale donc ça ne changeait rien qu'on me l'impose. E13</i></p> <p><i>Et parce que je voulais vraiment m'installer par conviction dans une zone déficitaire. E16 E3</i></p> <p><i>Je me voyais pas autrement que dans une zone on va dire déficitaire ou dans un petit village. Je trouvais qu'il n'y avait pas beaucoup de risques à signer ce contrat. E17</i></p> <p><i>Du coup, mon projet a été de m'installer à cet endroit là et ensuite j'ai eu connaissance des contrats d'engagement de service public. Et en fait, ça a été un effet d'aubaine parce que ça relevait d'une zone... la zone où je voulais m'installer était une zone déficitaire et donc du coup, je me suis dit, comme je voulais m'installer là, j'ai signé le contrat pour la fin de mes études pour avoir une aide en plus. E18</i></p>
<p>Envie de suivre des directives pour choisir où s'installer</p>	<p><i>À partir du moment où je savais ce que je voulais comme conditions d'exercice, je savais aussi que derrière il y avait un travail de fait par les ARS, pour justement récolter un petit peu tous les besoins des territoires, je savais que j'allais pouvoir choisir mon lieu d'exercice et que le travail avait déjà été fait avant sur ce qui était attendu sur le territoire, ce qui était en projet, ce qui était prévu, déjà fait...etc En tout cas, le travail de l'ARS de la région X là-dessus, est je trouve, très bien fait. Ça m'a permis de trouver plus facilement le projet d'installation qui me convenait, je crois. E9</i></p> <p><i>C'était une façon au aussi un peu de suivre des directives... E16</i></p>

	Curiosité vers une nouvelle mesure	<p><i>Je suis curieux, je voulais voir ce que ça donnait. E13</i>  <i>Ça venait de sortir, j'avais envie de voir ce que c'était. E16</i></p>
Raisons de la signature d'un CESP	Région d'origine, se rapprocher de la famille	<p><i>On voulait avec mon mari s'installer pas très loin de chez nos parents. E1</i>  <i>Je voulais revenir dans mon département ni trop près, ni trop loin de mes parents. E6</i>  <i>Il y a la famille de ma mère et ça me plaisait parce que c'était en gros... au niveau paysages, la nature E6</i>  <i>Et finalement, on a trouvé une zone qui était juste à côté de l'endroit où on était né tous les deux et qui était assez sympathique. E8</i>  <i>Et, donc ma famille est à X, et là la région où je suis est à 1 heure de X à peu près. E16</i></p>
	Rôle du conjoint	<p><i>Déjà, avec mon compagnon quand même, je n'ai pas choisi toute seule, il fallait que ça puisse correspondre à ses envies aussi. E9</i>  <i>Et c'était compatible avec l'emploi de mon mari. E10 E11</i>  <i>Parce qu'il était plus proche de mon lieu d'habitation. E15</i></p>
	Raisons personnelles	<p><i>J'ai choisi un bourg avec des copains qui tiennent une pizzeria en face, donc c'est nickel, quand je finis ma matinée à 14h30, ils ont toujours un plat du jour à me filer. E3</i>  <i>J'habite à 10 bornes, c'est une qualité de vie aussi. E3</i>  <i>C'est un choix de vouloir habiter en ville et de vouloir travailler à la campagne. E4</i>  <i>Parce que la ville nous plaisait, on l'a découvert pendant notre internat et ça nous a bien plu. E4</i>  <i>J'ai habité dans un village pas très loin de où j'exerce donc j'avais un attachement personnel. E5</i>  <i>On voulait plutôt vivre en zone rurale, pour une question de qualité de vie tout simplement. E6 E9</i>  <i>Plutôt sur des critères personnels, c'est-à-dire que j'ai acheté une maison et après il y avait le CESP qui couvrait toute la région donc en fait, c'est comme ça que ça s'est construit. E12</i>  <i>Parce que sachant que je me suis engagé sur une période, on s'est dit que c'était plus sympa de faire cette période dans un endroit qui nous convient mieux, du style : une île par rapport à un autre endroit en France. E13</i></p>

Raisons la signature d'un CESP	Raisons professionnelles	<p><i>Je suis allé voir différents médecins dans des zones qui étaient en zone fragile et qui cherchaient un jeune pour reprendre la suite [...] et j'en ai trouvé un qui me convenait en terme de distance, en terme de pratique du médecin avant, c'est important aussi qu'on est à peu près la même pratique, et après en possibilité d'association. E4</i></p> <p><i>Surtout le projet novateur qui m'a motivé. Voilà. Je voulais exercer en zone rurale mais je voulais quand même avoir des conditions de travail agréables. E5</i></p> <p><i>Après moi, j'ai regardé ce qu'il y avait comme poste de CESP sur la liste de l'ARS et comme je voulais un projet assez au début pour participer dès le montage de la maison de santé etc, j'ai fini par trouver à X. E9</i></p> <p><b>Structure en place ou projet attractif, bonne entente avec les médecins déjà présents</b></p> <p><i>J'avais un bon contact avec les médecins qui étaient en poste. E10</i></p> <p><i>J'ai fait le tour des endroits où il y avait besoin d'un médecin et où il y avait possibilité de s'installer dans le cadre du CESP. E11</i></p> <p><i>Parce que en fait, il y avait un projet de pôle médical. E11</i></p> <p><i>J'ai pu monter ce projet ici, que je n'ai pas réussi à monter ailleurs. C'est-à-dire que moi je travaille en pédiatrie, c'est pas classique, normalement avec un CESP de médecine générale, j'aurais du travailler en médecine générale. Mais justement, moi j'avais envie de faire de la pédiatrie, donc ça a été un moyen... Par contre, il fallait trouver un hôpital en zone CESP et ça il y en a pas 15 en France qui sont en zone défavorisée. E13</i></p> <p><i>Et là, actuellement, là où je suis, c'est une des premières personnes qui m'a répondu à mon mail, qui m'a proposé de se rencontrer, enfin, le contact est bien passé, je l'ai remplacé et après j'ai donné suite, je me suis installée. E16</i></p> <p><i>Et puis en fait, il y a à X, qui est un village qui est à 20 minutes de là où j'habite, il y a une maison de santé pluridisciplinaire qui s'est montée avec un vieux médecin qui partait à la retraite mais qui a trouvé un jeune médecin qui s'installait. Du coup, mon projet a été de m'installer à cet endroit là. E18</i></p> <p><i>Poste disponible par hasard, mais option qui était prévue depuis un moment. E19</i></p>
		<p><i>Et j'ai délibérément choisi de m'installer dans un petit bourg pour des raisons démographiques. E3</i></p> <p><i>Le boulot aussi ne m'intéresse pas en ville. E6</i></p> <p><i>J'ai su rapidement, que je voulais m'installer et pas travailler à l'hôpital [...] et dans un deuxième temps, que je voulais travailler en milieu rural/semi-rural et pas en ville. E7</i></p> <p><i>Désir ancien de travailler en milieu isolé. E19</i></p> <p><i>Raisons doubles, à la fois professionnelles (autonomie, variabilité des pathologies et des gravités, gestes techniques, suivi au long cours des populations...) et personnelles (envie d'aventure). E19</i></p>

Création  
d'un projet  
professionnel

Les signataires ont construit leur projet professionnel seuls, ils ont pu faire ce qu'ils voulaient, parfois après un désaccord initial avec l'ARS

*C'était mon idée et ça leur convenait très bien, pas eu besoin de négocier quoi que ce soit. E1*

*Non, que dalle, jamais rien, rien du tout. De toute façon vous pouvez aller voir les conseils d'installation, c'est n'oubliez pas de mettre un timbre sur une enveloppe, c'est à peu près ça. E2*

*Ils [l'ARS] ont accepté mais c'est vrai que c'était pas leur projet, c'était plus que j'aïlle dans un centre [Centre de santé pluridisciplinaire]. E3*

*Ça a été un peu plus compliqué le premier rendez vous avec la responsable, bon après par la suite, ça s'est mieux passé... elle, elle m'a pas proposé... elle voulait que j'aïlle à un endroit bien précis. Je lui ai expliqué que c'était pas ce que j'envisageais. Et par la suite quand j'ai monté mon projet, je suis passé par la responsable régionale avec qui je m'entendais bien, qui du coup en a parlé directement avec celle de Département X et il n'y a pas eu de soucis par la suite. E4*

*Au début j'avais pas trop d'idée, ils ont essayer de m'orienter vers un endroit où c'est vraiment le gros problème, le point noir en région X, un endroit où c'est un peu difficile. Le premier rendez-vous a été un peu dur parce qu'elle ne voulait absolument pas. Après, bon du coup, en ayant parlé, elle s'est un petit peu détendue. Et comme je leur ai dit que j'avais un projet de reprise en zone sous-dotée aussi, finalement ça s'est bien passé après. E4*

*L'ARS a plutôt suivi à postériori mon installation que réellement la préparer en fait. Ils se sont juste préoccupé que, quelques semaines même après que je commence à travailler la bas, ils se sont préoccupé que ayant fini mes études, je faisais bien quelque chose qui était compatible avec le CESP. E7*

*J'ai fait 100 % ce que je voulais. E7*

*J'ai choisi et j'ai fortement insisté auprès de l'ARS pour qu'ils valident. E10*

*Ça a été un peu compliqué pour le CESP parce qu'ils ont parlé de changer la carte au milieu de mon internat et possiblement de supprimer les zones où c'était prévu que je m'installe. C'était un peu compliqué... du coup on a discuté. E12*

*Mais au début l'ARS avait dit « si ils ne peuvent pas vous accueillir tout de suite, c'est pas possible » Et en fait, en discutant un peu, on avait réussi à s'arranger. E12*

*A chaque fois que j'y vais, on me propose de m'installer en maison médicale, en cabinet et moi je leur ai dit plusieurs fois que ce n'est pas ce qui m'intéresse. En fait, à chaque fois qu'on se revoit, ils me proposent la même chose, donc je leur dis « non ». E14*

*En gros, j'ai monté moi même mon projet professionnel que j'ai soumis à l'ARS qui l'a accepté. E13*

*À la fin de l'internat, on a un bilan de fin de CESP, d'engagement, et ils nous demandent où est-ce-qu'on veut s'installer et ce qu'on a prévu de faire et à ce moment là, j'avais déjà défini ma zone d'installation [...] Voilà, les seuls contacts, ça a été vers la fin. E16*

*Ils ont été très peu présents. Je pense que c'est parce que j'avais mon projet qui était déjà bien ficelé. Pendant mes années après que j'ai signé mon contrat d'engagement, à part peut être une fois par an où j'avais un contact très rapide, je n'ai pas eu de contact plus que ça. E18*

*Je suis en litige avec l'ARS de X qui ne reconnaît pas mon année de post-internat (contrat de PHC aux Urgences et au SAMU de X en tant que médecin généraliste thésé) comme comptant pour le remboursement du CESP, malgré ce qui m'avait été dit initialement au moment de la signature. Cela se finira au tribunal... E19*

Création d'un projet professionnel	<p>Influence des stages</p> <p><i>Sur les 8 stages d'interne, j'en ai fait 7 dans l'hôpital dans lequel je travaille. E2</i></p> <p><i>Je l'ai construit en second semestre d'internat au cours de mon stage chez le praticien. Le projet de maison de santé... de réseau de maisons de santé était tout juste né. Du coup, j'ai trouvé le projet captivant et je me suis greffée dessus. E5</i></p> <p><i>Il [le CESP] m'a un peu conforter dans le choix de ville X parce que du coup ça m'a permis d'avoir un stage de plus en dérogation ici. E6</i></p> <p><i>Il se trouve que j'ai pu accéder à un terrain de stage en SASPAS qui correspondait à une zone à peu près équivalente à ce que je voulais, ça m'a plu et je suis resté m'installer avec mes maîtres de stage de SASPAS. J'avais ce projet d'installation, ça m'a permis de faire un deuxième SASPAS au même endroit. Je me suis installé en gros, à un endroit où je travaille depuis un an. E7</i></p> <p><i>J'ai passé beaucoup de semestres de mon internat dans l'hôpital où j'ai travaillé par la suite. [...] Les conditions d'exercice que j'avais découvert pendant l'internat étaient plutôt bonnes. E10</i></p> <p><i>Après, en travaillant à l'hôpital de X, pendant mon internat, j'ai connu les centres de santé, les centres coordinateurs des centres de santé sur le fleuve. E14</i></p> <p><i>C'est plutôt les rencontres avec les gens qui sont sur le terrain. E17</i></p>
Activité avant la prise de fonction des signataires	<p>Prise de fonction juste après la thèse. Rapidement après la fin des stages de l'internat.</p> <p><i>J'ai été directement en fonction et je suis hospitalier. E2</i></p> <p><i>Parce qu'il fallait que je m'installe rapidement après la fin de mon internat, dans le cadre du CESP. [...] J'ai fini mon internat en mai 2015, j'ai passé ma thèse le 4 mai 2015, et après j'ai fait des remplacements pendant 2 mois dans le cabinet où je me suis associé au 1<sup>er</sup> juillet. E4</i></p> <p><i>Une fois ma thèse obtenue, je me suis installée de suite. E5</i></p> <p><i>Je me suis installée le lendemain de ma thèse. [...] Juste pour une question de formalité, j'ai remplacé administrativement le temps que les papiers se fassent. E6</i></p> <p><i>Je me suis installé directement. E7 E15 E16</i></p> <p><i>J'ai fini l'internat le 31 octobre, j'ai attaqué le clinicat au 1<sup>er</sup> novembre et la part de soin de mon clinicat se fait sur mon activité libérale en installation, là où je suis. Donc, le temps que ça se mette en place simplement. E7</i></p> <p><i>Ils voulaient que je m'installe le plus tôt possible. E8</i></p> <p><i>Il y a eu à peine 2 mois entre la fin de mon internat et mon installation. Mon activité principale a été de déménager et de préparer l'installation. J'ai fait deux remplacements pour dépanner quelqu'un et c'est tout. E9</i></p> <p><i>Si c'est depuis que j'ai passé ma thèse, j'ai été en congé maternité et je me suis installée. E18</i></p> <p><i>Début 2 mois après fin internat E19</i></p>

Activité avant la prise de fonction des signataires	Remplacement	<p>Alors, j'ai fini mon internat le premier novembre, j'ai pris une semaine de vacances. Ensuite, j'ai remplacé à plein temps jusqu'au mois de janvier, donc novembre-décembre. En remplacement à droite à gauche, dans le secteur, toujours. Ensuite de janvier à ... au mois de septembre, j'ai fait des remplacements réguliers chez trois médecins qui étaient à côté de chez moi. Grosso modo à temps plein. [...] Donc à partir du moment où j'ai fini mon internat, je n'ai fait que des zones prioritaires. E1</p> <p>Alors après pendant les 6 mois, pendant la thèse, j'ai fait un peu de remplacements aux alentours de là où j'allais m'installer. E3</p> <p>J'ai pris 6 mois de disponibilité l'été 2014, avant de faire mon dernier stage d'interne, pour faire des remplacements en zone fragile. [...] Après, j'ai joué le jeu, j'ai fait en zone sous dotée. Après c'est surtout en zone rurale qui m'intéresse depuis toujours et du coup c'était presque exclusivement... il y en avait peut être un ou deux en zone normale mais sinon c'était exclusivement des zones fragiles. E4</p> <p>Et juste entre la fin de mon congé maternité et mon installation, j'ai remplacé. [...] 2 mois maximum. E5</p> <p>J'ai remplacé le médecin avec qui je suis en collaboration actuellement. E6</p> <p>Après la fin de mon internat, j'ai du remplacer pendant 6 mois. [...] d'autres endroits aussi sous médicalisés. E8</p> <p>J'ai fait 4 mois de FFI. [...] Ce n'était pas déclaré comme une zone sous-dotée, ça l'est devenu. E10</p> <p>J'ai fait 5 mois de remplacements. [...] dans le même cabinet où je me suis installée et aussi dans les villages alentours, enfin dans les villages... les petites villes alentours. E12</p> <p>Je ne suis pas réellement installée. Depuis que j'ai fini mon internat, j'ai fait des remplacements et des contrats avec l'hôpital de X pour travailler dans les sites isolés, dans les centres de santé des communes isolées. E14</p>
	En zone sous-médicalisée et ailleurs	<p>J'ai un peu travaillé, 2 mois, en tant qu'assistant, enfin pseudo-assistant, super-interne on va dire. Enfin, voilà... Principalement des remplacements. [...] Il y avait des zones sous-dotées, mais je veux dire, ça n'était pas une condition préalable. E17</p>
	Avant la thèse, les signataires choisissent librement leur activité	<p>Tant qu'on était pas thésé et installé, on pouvait faire ce qu'on voulait. Enfin... on prolongeait d'autant plus la durée d'engagement puisqu'on était obligé de continuer à percevoir la bourse tant qu'on était pas installé donc pour eux, l'intérêt était qu'on soit engagé plus longtemps. Donc effectivement, j'ai pu faire ce que je voulais en attendant que je m'installe. E17</p> <p>Ils [l'ARS] m'ont laissé tranquille avant ma thèse. E18</p> <p>Choix libre, sachant que la région est sous-dotée E19</p>
Causes de report d'installation	Thèse	<p>J'ai fait des remplacements, en alternance avec ma thèse. J'ai fini l'internat au mois de mai et je me suis installée au mois de janvier de l'année suivante. E11</p> <p>Le temps que je passe ma thèse, donc 3 ans (sourire). Euh attendez, c'est ça (hésitations) 3 ans. Parce que, j'ai passé ma thèse en janvier mais bon comme il y a eu un retard d'installation par rapport au projet qui été prévu pour octobre, donc j'ai eu un report encore. Donc oui, presque 3 ans. E17</p> <p>Si c'est la fin de mes stages, j'ai eu deux ans avant de passer ma thèse pendant laquelle j'ai fait des remplacements là où je travaille actuellement, en attendant de passer ma thèse en fait. E18</p>

Activité avant la prise de fonction des signataires	Causes de report d'installation	Congé maternité <i>Ensuite, j'ai pris mon congé maternité. Et dans la foulée, je me suis installée à la maison de santé. E1 J'ai un petit peu remplacé, j'ai été en congé maternité en fait. E5 Si c'est depuis que j'ai passé ma thèse, j'ai été en congé maternité et je me suis installée. E18</i>
		Locaux non disponibles <i>J'ai bénéficié pendant 2 ans d'internat et après j'ai eu une prolongation parce que la maison de santé n'étant pas encore ouverte, les travaux n'étant pas encore finis, j'ai eu le droit d'en bénéficier jusqu'à l'ouverture, en fait jusqu'à mon installation. E1 J'ai remplacé 3 semaines à l'endroit j'allais travailler, en attendant que les locaux soient prêts et soient mis à ma disposition. E7</i>
Activité professionnelle actuelle	Satisfait de l'activité médicale	<p>Activité variée <i>Je fais beaucoup de Pédiatrie. Je fais de la gynéco. E1 C'est hallucinant le nombre de gamins que j'ai, c'est hyper varié, on n'a pas de spécialistes, on fait de tout, j'accompagne des femmes enceintes, je suis des bouts de choux, je fais de la suture, je fais du plâtre, euh... c'est vachement rigolo. On fait de la dermato, on fait du... Je connais bien les structures hospitalières du coin, c'est facile, ils me relaient facilement le truc. Et puis, ça, c'est vraiment super. E3 Pour l'instant c'est plutôt une patientèle âgée du fait de l'âge de mon prédécesseur. Et puis, il y a quand même pas mal de jeunes qui commencent à arriver aussi donc ça commence à se diversifier un petit peu. E4 Par le fait que l'activité que j'y fais est plus riche, plus intéressante, dans les centres de santé on est polyvalent, on est omnipraticien et praticienne, on est pas bureaucrate qui font de la paperasse. E14 Pour l'instant, j'ai une activité assez diversifiée avec une bonne partie de pédiatrie, à peu près 30 %, beaucoup de personnes très âgées, de plus 85-90 ans. E16</i></p> <p>Activité enrichissante <i>C'est top. E1 C'est passionnant, parce que je fais de la médecine de tout. E3 C'est très gratifiant. C'est un beau métier. La-dessus, je ne pense pas que je pourrais avoir la même chose en salariat. E11 Épanouissement personnel et professionnel lié à l'exercice en milieu isolé, qui correspond totalement à la façon dont j'aime bosser: en équipe, patientèle multilingue, pathologies variées, grande autonomie, actions de santé publique, pas de routine, aucun contact avec l'argent, pas d'objectifs de rentabilité... E19</i></p>

		<p><i>Je suis sur un bon temps plein. [...] C'est un peu trop. E1</i>  <i>En sachant que officiellement... j'avais marqué sur mon planning que je travaillais un samedi sur deux. En pratique, c'est très compliqué, donc je travaille tous les samedis. Je fais 8h30 18h, avec un gros trou au milieu parce que je rentre déjeuner chez moi, c'est un luxe. E1</i>  <i>C'est compliqué, je dis officiellement que je ne vois plus de nouveaux patients, en pratique j'en vois toujours. E1</i>  <i>On est vraiment débordé de boulot. E6</i>  <i>[Mon activité professionnelle] Elle est chargée, chargée. E7</i>  <i>Ça a démarré assez bien et assez fort, c'est à dire que je suis installée depuis à peine 3 mois et je vois déjà une vingtaine de patients par jour, et encore c'est moi qui limite un peu. E9</i>  <i>Et à côté de ça, il y a beaucoup de travail parce qu'on est à la campagne, très à la campagne, et que les gens ici ne vont pas aux urgences, ils ne font pas 45 kilomètres pour aller aux urgences. Ils veulent nous voir d'abord, sauf certains bon, ça arrive toujours. Il y a beaucoup de travail, il y a beaucoup d'heures de travail. E11</i>  <i>Le seul bémol est que je travaille beaucoup et que clairement j'avais pas souhaité en arriver là. E13</i>  <i>C'est des journées entre 10 et 12 heures en non-stop, enfin on prend un quart d'heure pour manger et c'est des gardes, on est au moins une fois par semaine de garde sans récupération quand c'est un samedi. Normalement mon contrat c'est 10 demi-journées par semaine mais je suis à plus et je sais que je ne récupère pas ce temps. E13</i>  <i>On est 2 médecins sur une... sur notre secteur de permanence de garde, donc je suis d'astreinte une semaine sur deux pour la permanence de soin. E18</i></p>
Activité professionnelle actuelle	Charge de travail importante	<p><i>On ne sais absolument pas gérer un cabinet, moi, c'est une horreur là. E3</i>  <i>On fait des bilans comptables des dimanches après-midi entiers, sauf que comme en fait, on n'est pas au courant, comment on fait pour passer 80 % des prêts, combien on peut passer dans la voiture, du téléphone, du machin, comment on fait pour l'enlever ou pas... des trucs idiots... on fait des erreurs. Donc après, il faut corriger toutes ces erreurs là, refaire tout ce qu'on a fait. Et ça, je ne sais pas dans votre fac, on ne nous l'a pas appris et c'est un ENORME frein à l'installation. E3</i>  <i>Le libéral, c'est très chronophage, il y a beaucoup de papiers, beaucoup, beaucoup de papiers. E11</i>  <i>On a toujours pas réussi à finir d'être complètement réellement fusionné. C'est très très long, et très fastidieux, on est en réunion toutes les semaines. E11</i>  <i>La charge administrative, le temps en dehors de la consultation, de coordination, de rappel du patient, de rassurer les gens pour des choses pas forcément urgentes... voilà. E16</i></p>
		<p><i>Je suis vraiment en libéral pur, donc je m'organise pour mes gosses, je m'organise pour... Il y a des fois où je finis à 9 heures du soir, il y a des fois... là le mercredi après-midi je suis avec mes gamins. E3</i>  <i>Moi je fais 52 heures par semaines, avec des petits bouts, c'est pas toujours simple. Il faut s'accrocher. E11</i>  <i>C'est surtout les journées qui sont longues. En gros, je ne vois pas trop mes enfants quand je travaille ; le week-end oui. E13</i></p>

Activité professionnelle actuelle		<p><i>Voilà, je ne fais pas de visite. Quand je dis pas de visite : je dois en faire une par mois. Parce qu'on a pas le temps. E1</i></p> <p><i>Je n'aime pas les visites, c'est très chronophage. Donc c'est sympa pour la promenade, mais malheureusement, ça prend beaucoup trop de temps. E6</i></p> <p><i>Du coup des gens qui étaient vus en visite viennent en consultation maintenant. E16</i></p>
	Organiser son temps de travail	<p><i>Il n'y a pas cinquante solutions, c'est de savoir dire « stop » à un moment donné sinon c'est le craquage. E1</i></p> <p><i>J'adore ce que je fais, mais j'ai besoin de prendre des vacances régulièrement. E1</i></p> <p><i>Dans la zone où on est, un peu plus loin, il y a un cabinet de trois médecins qui s'est formé, au bout de six mois, il n'était plus que tout seul. Ils ont craqué, les deux autres. Donc ça ne sert à rien. Je préfère dire, bah on s'arrête à 18heures, c'est jamais 18heures en plus, et voilà et tenir le coup et tu vois, être contente d'exercer là où je suis plutôt que d'arrêter dans six mois parce que j'en pourrai plus. E1</i></p> <p><i>Le libéral de nos jours, ce n'est pas ce que c'était il y a 15 ou 30 ans. Maintenant, c'est sûr que le salariat est beaucoup plus confortable, surtout pour les femmes. E11</i></p> <p><i>Je crois qu'on est pas beaucoup à être motivés pour reprendre une activité d'un médecin qui est mort au travail, j'ai envie de dire... qui n'arrive pas à le quitter tellement il n'y a pas de successeur. E13</i></p> <p><i>Je pense qu'il y a beaucoup de choses qui entrent dans un épuisement un peu professionnel, mais qui n'est pas lié à l'endroit où je suis installée mais plus lié à l'exercice en soi, l'exercice professionnel de médecine générale où qu'on soit. E16</i></p>
	Envie de travailler en groupe	<p><i>Des infirmiers qui sont à côté et qui maintenant font des permanences, avant il n'y en avait pas. Et puis, j'espère très bientôt avoir une diététicienne et des pédicures ponctuellement, si vous voulez. Pour des consultations délocalisées. Donc, on est en train de faire un petit pôle rural E3</i></p> <p><i>J'espère être en collaboration avec une toubib qui est à quelques kilomètres. E3</i></p> <p><i>J'aimerais bien travailler à plusieurs, ça va être le cas et j'aimerais bien travailler dans le cadre d'une maison de santé pluridisciplinaire. E4</i></p> <p><i>Je trouve que c'est pas seulement dans l'air du temps, c'est bien pour la médecine, pour les patients de travailler en interdisciplinarité. E4</i></p> <p><i>Après moi, les projets, c'est au niveau de la maison médicale où je suis, d'essayer de modifier un petit peu les choses, ou en tout cas d'être un peu moteur pour que les gens travaillent ensemble, qu'il y ait un accueil commun qui soit mis en place. E7</i></p> <p><i>Après, on est en train de se regrouper en maison de santé avec 3 autres confrères et des infirmières. Ce sera un autre type d'activité un peu plus organisée et coordonnée en lien justement avec les instances, l'ARS, la sécu E16</i></p> <p><i>Ça ne me gênait pas d'être en zone rurale, bien au contraire, mais je ne voulais pas être seule. E18</i></p>

Activité professionnelle actuelle	Manque de professionnels médicaux, paramédicaux à proximité	<p><i>C'est quand même un mauvais côté, on est en zone déficitaire, on manque terriblement de médecins. E1</i></p> <p><i>Depuis que je me suis installée, j'ai subit 6 départs et pas d'installation. E1</i></p> <p><i>A l'heure actuelle sur 20, il y en a 7 qui vont partir à la retraite dans les 3 ans. Un tiers. On recrute en hospitalier psychiatrique, des gens qui ne parlent pas français, qui ne parlent pas français ! E2</i></p> <p><i>Il y avait un médecin il y a encore 3-4 ans dans le coin, qui est parti. Il y a un olibrius qui l'a remplacé mais qui... enfin voilà... qui n'est quand même pas très stable. Il y a un autre médecin qui est parti à la retraite et qui avait une patientèle absolument énorme dans un bourg voisin aussi. E3</i></p> <p><i>Il y a eu des médecins ici. Mais, il n'y en a plus depuis 7-8 ans, depuis 2008 je crois. Donc c'est une re-crédation mais dans un endroit où il y en a un qui s'est suicidé pas loin, il y en a un autre qui a pris sa retraite au 31 décembre, il y en a un sur X qui avait pris le remplacement d'un autre qui fait même pas... il doit faire un tiers temps, à peine. E3</i></p> <p><i>Essayer d'attirer d'autres médecins parce que elle à mi-temps plus moi à temps complet ça ne va pas aller pour remplacer 2 médecins qui ne comptaient pas leurs heures. E4</i></p> <p><i>Quand on est en zone comme ça, on a plus de mal à trouver des remplaçants quand on part en congés. E5</i></p> <p><i>Il faudrait beaucoup plus de médecins que ce qu'on est actuellement et il y en a deux qui travaillent énormément, qui eux, je ne sais pas... je ne veux pas dire de bêtises... mais ils font peut-être 40 ou 50 actes par jour. Nous, on est bien incapable d'en faire autant et eux, ils sont proches de la retraite et il y en a deux comme ça qui ont une grosse grosse activité. Et quand ils partiront, je ne sais pas si on arrivera à l'absorber. E6</i></p> <p><i>Je voudrais plus de spécialistes qui soient plus disponibles autour de chez moi. E12</i></p>
	Multiplication des aides à l'installation ou à l'exercice en zone sous-dotée	<p><i>Méconnaissance des aides</i></p> <p><i>Surtout quand tu ne t'y attends pas et qu'on te dit : « voilà ». Et « combien je vais payer ? » « bah : rien en fait pendant 5 ans ! » « ah bah d'accord, bah écoutez, c'est parfait. » E1</i></p> <p><i>Mais c'est vrai que l'histoire de l'exonération d'impôt, je ne savais pas qu'il y avait ça. E9</i></p> <p><i>Pas d'influence des aides sur l'envie de rester en zone sous-dotée</i></p> <p><i>Que j'ai eu ces aides là ou pas, je me serais installée là au final. E1</i></p> <p><i>Les sous, c'est sûr que ça aide, ça fait aller plus vite notamment, mais je ne pense pas que ce soit décisif. E9</i></p> <p><i>C'est pas l'aspect financier qui va me motiver à rester à X, c'est plus la réalité où je me rends compte que il y a des réels besoins et qu'il y a plein de choses à faire. E13</i></p> <p><i>Mais, j'avoue que ce n'est pas le CESP qui m'a obligé à rester en zone sous-médicalisée. E14</i></p> <p><i>Ça [PTMG] m'a permis de ne pas être angoissé dans mon exercice pour pouvoir avoir une patientèle ou pour pouvoir avoir des congés. A mon sens, ce n'est pas quelque chose de vraiment incitatif à rester ou à venir. C'est pas ça qui m'aurait fait venir. E16</i></p>

Activité professionnelle actuelle		<p><i>L'incitation elle est que cette demande [L'option démographie de la CPAM], contrairement au CESP qui lui est fixé sur 3 ans, du fait de la durée sur laquelle j'ai touché l'argent. Là, je crois que ça nécessite 5 ans sur place. Cette aide a une contre-partie de 5 ans. E7</i></p> <p><i>La contre-partie qu'on me demande, c'est aussi une installation de 5 ans et aussi une participation aux missions de prévention pour le conseil général [...] J'ai l'impression de faire déjà ça par le suivi des nourrissons, les examens systématiques des nourrissons et des enfants... E7</i></p> <p><i>De toute façon, dans la mesure où je suis déjà engagé... disons que je suis engagé pour 3 ans alors que je suis déjà engagé pour 5 ans. Donc, ça revient au même. C'est une aide que j'ai intérêt à prendre de toute façon, je ne perds rien à la prendre. E17</i></p> <p><i>Ça ne me coûte rien de signer ce contrat et ça me rapporte une garantie de salaire. C'est plus dans ce sens là et de toute façon, je suis obligé de rester pendant 4 ans en zone sous-dotée par rapport à mon Contrat d'Engagement du Service Public, donc de toute façon comme le PTMG c'est pendant 2 ans, ça ne me coûtait rien de le faire. E18</i></p>
	Influence de la signature d'un CESP sur l'activité professionnelle actuelle des signataires	<p><i>Mais honnêtement, que je l' [le CESP] ai signé ou pas, j'aurais fini ici. E1 E3 E9</i></p> <p><i>Dans l'absolu, c'est à peu près ce que j'avais envie de faire. E2</i></p> <p><i>Ça n'a strictement rien changé. E3 E7 E11 E14 E16 E18</i></p> <p><i>Ma situation actuelle CESP ou pas CESP aurait été la même. E5</i></p> <p><i>Comme je pensais m'installer là avant que l'ARS n'ait mis en place... que ce territoire là entre dans le CESP. Comme ça faisait déjà quelques années que je m'investissais dans le projet de pôle médical, je pense que s'ils m'avaient dit « Non, vous ne pouvez pas vous installer là » je pense que j'aurais mis fin au contrat et je leur aurais rendu l'argent. Donc je ne crois pas que le CESP ait influencé tant que ça mon choix. E11</i></p> <p><i>Le CESP a changé le fait que j'ai eu accès à cette liste et du coup j'ai appris des noms de patelins que je ne connaissais pas du tout mais je me serais quand même installée en zone rurale, j'aurais peut-être fini par trouver par hasard mais... voilà c'est plus le fait d'avoir une liste et de choisir un petit peu comme ça au hasard des noms d'endroit et d'appeler des personnes. Après, la façon de la pratique, je pense ça n'a pas vraiment changé, la date d'installation ça n'a pas changé. E16</i></p> <p><i>En rien. le jour où je ne me vois plus continuer à travailler en zone isolée, ce n'est pas une incitation financière qui me fera y rester. E19</i></p>

<p>Activité professionnelle actuelle</p>	<p>Influence de la signature d'un CESP sur l'activité professionnelle actuelle des signataires</p>	<p>Installation guidée par le CESP</p> <p><i>Bien que voulant faire de la médecine rurale, peut être que j'aurais cherché une zone rurale peut être un peu plus proche, même si c'est pas très loin, ça a pu modifier un petit peu ça. E4 Alors, j'ai choisi mon lieu d'exercice en fonction des lieux d'exercice qui étaient disponibles sur la liste du CNG. C'est surtout ça, parce que j'avais déjà prévu de faire de la médecine générale en libérale. E8 Ça m'a incité à rester dans le département dans lequel je m'étais installé. Sans le CESP, je serais peut être partie. Le fait d'avoir un engagement de deux ans et demi, ça m'a permis de ne pas partir sur un coup de tête dès le début, à la première difficulté. Et finalement d'y trouver mon compte et de rester. E10 C'est-à-dire que moi, je n'ai pas pu faire spé pédiatrique, mais je l'aurais fait si j'avais pu. Donc là, c'est un moyen finalement de faire ce que j'avais envie. Du coup cette signature, elle a eu une répercussion importante pour mon avenir professionnel. E13 Je me suis installé dans un lieu différent de où je me serais installé par ailleurs. E15 Disons que ça a porté sur mes choix d'installation, il y a des villes que je ne pouvais pas envisager, voilà, j'avais quand même une liste, j'avais quand même un choix qui était quand même important. Mais ça restreignait quand même mon choix, effectivement. Il y avait des villes où je ne pouvais pas aller, parce que ça n'était pas dans la liste des lieux déficitaires. E17 Là, je suis dans une ville où finalement, je pense que je serais quand même venu ici. Je ne sais pas. Je ne sais exactement. Est-ce-que 2 ans en arrière, j'aurais eu l'idée d'aller m'installer ailleurs... je ne sais pas. Peut-être que j'y serais... C'est le destin aussi. E17</i></p>
		<p>Installation plus rapide</p> <p><i>Après, ça n'a pas modifié grand-chose si ce n'est surtout la rapidité à l'installation, ça m'a un petit peu pressé pendant mes 6 mois, déjà pour passer ma thèse et pour valider le mémoire et tout le reste et pour essayer de monter un projet avant la fin de mon internat pour savoir où j'allais. E4 Pour être honnête, j'aurais fait des remplacements un peu plus longtemps. E5 E9 E12 Je pense que ça n'a pas changé grand-chose. Ça m'a aidé peut-être à m'installer plus rapidement, à faire plus rapidement un prêt pour ma maison, enfin des frais de ce genre là. E18</i></p>
<p>Projets à l'issue de l'engagement</p>	<p>Garder la même activité</p>	<p><i>J'espère leur montrer que l'on peut faire un beau pôle rural, coordonné, efficace, qui coûte moins cher et qui a une meilleure qualité. E3 Poursuivre mon activité ici. E1 E4 E5 E12 Dans la mesure où je fais ce qui me plaît et si tout se passe bien, je devrais rester quand même plus que 3 ans là-bas. E7 Si tout se passe bien, rester sur place. E7 E11 E18 Je vais racheter mes parts donc je vais rester installé au même endroit. E8 Mon projet c'est de déjà rester dans le département X, alors que ça ne l'aurait pas forcément été. Et de développer mon poste dans le médico-social. E10 Là, nous, on est parti dans notre tête, on est parti pour rester plusieurs années ici au-delà de mon engagement. Mais ça peut changer en fonction de plein de choses. E13 En fait, même au-delà de mon engagement, je suis plutôt orientée vers les zones sous-médicalisées. E14 Pour l'instant, je suis parti pour rester. Après... On ne peut pas prévoir à 5 ans, ce qui va se passer. E17</i></p>

Projets à l'issue de l'engagement	Changer de zone sous-dotée	<p><i>Le jour où je suis titulaire, je peux atteindre le secteur 2 donc je pourrai me casser de l'hôpital du jour au lendemain pour m'installer en libéral en secteur 2. [...] pas loin d'ici, donc je pense que ça rentrera encore dans les critères du CESP. E2</i></p>
	Changer d'activité	<p><i>L'idée, c'est quand même de rester là. Après, peut-être pas dans 5 ans mais, peut-être plus tard, dans 10-15 ans quelque chose comme ça, je n'exclue pas de potentiellement avoir deux activités et de peut être faire un peu moins de libéral et de faire plus d'activité salariée ou autre dans une structure genre réseau de soin, prévention ou géronto... E9</i></p> <p><i>Je refais une collaboration dans un autre endroit [...] non sous-doté. E15</i></p> <p><i>Soit de continuer dans ce nouveau projet de maison de santé, soit de réduire un peu mon activité soit de changer de donne, de partir, de découvrir un nouvel endroit où il y aurait un peu plus de demandes, un autre type d'activité mais toujours en zone sous-dotée ou bien à l'étranger, je ne retourne pas en ville en tous cas. E16</i></p> <p><i>Exercice à l'étranger (à temps plein ou mi-temps) et exercice mixte urgentiste - généraliste E19</i></p>
Les points forts du CESP selon les signataires	Opinion positive des mesures incitatives contrairement aux mesures coercitives	<p><i>Je pense que c'est un très bon principe que d'inciter les jeunes médecins avec ce contrat à s'installer dans des zones fragiles plutôt que de les forcer à se mettre à tel ou tel endroit. Je pense que les mesures incitatives sont plus prometteuses. E5 E6 E13</i></p> <p><i>Médecin est un métier où on met son coeur. Si l'on a pas envie de le faire, on ne fait pas bien. E6</i></p> <p><i>Le CESP c'est plutôt une bonne idée parce que ça permet pour les personnes qui ne savent pas trop où s'installer d'avoir des aides et une incitation à l'installation. E8</i></p>
	Permet d'obtenir une spécialité	<p><i>A moins qu'on ait hyper bien calculé son coup pour avoir la spé qu'on veut et qu'on ait fait ça pour avoir la spé qu'on veut parce qu'on se dit qu'on va être trop nul à l'internat. E9</i></p> <p><i>Mais pour les spécialistes ou ceux qui veulent à tout prix une spécialité, c'est intéressant de négocier avec un CESP pour l'obtenir la spécialité, en échange on va travailler en zone sous-médicalisée en contre-partie et tout le monde est content. E14</i></p>
	Permet de découvrir les zones sous-médicalisées	<p><i>C'est un engagement qui nous permet de tester l'exercice surtout en zone rurale [...] on n'est pas non plus pieds et poings liés pendant toute notre carrière à rester dans ces zones là si jamais ça nous convient pas. Et je pense qu'il y a beaucoup de fausses idées aussi sur l'exercice en zone rurale, donc ça peut permettre aussi de découvrir une autre façon d'exercer et pourquoi pas faire découvrir des vocations aux jeunes médecins. E5</i></p> <p><i>Il [le signataire] verra avec le temps que en campagne... en tout cas, là où je suis, moi, on a une qualité de vie tout à fait supérieure à celle de la ville. E6</i></p>

<p>Les points forts du CESP selon les signataires</p>	<p>Permet de financer les études de médecine</p> <p><i>Pour des gens qui ne sont pas issus d'un milieu aisé, heureusement, il y en a encore en médecine, les études de médecine, c'est intolérable. E2</i></p> <p><i>Après les études de médecine sont longues et coûteuses, on a déjà la chance qu'elles ne soient pas payantes en France. Si ça peut être une solution pour que quelqu'un puisse les faire. E6</i></p> <p><i>Ça peut être une bonne chose, comme un genre de bourse d'étude en fait. E11</i></p> <p><i>J'aurais préféré signer ce contrat quand j'étais étudiant plutôt que trouver des petits boulots pour m'en sortir. Parce que tous n'ont pas le même soutien familial, on va dire, pendant les études de médecine qui sont quand même longues et il faut vivre pendant ce temps. E13</i></p> <p><i>Mais après c'est une bonne aide pour les études. E15</i></p>
<p>Les points faibles du CESP selon les signataires</p>	<p>Les signataires auraient travaillé en zone sous-dotée même sans la signature d'un CESP</p> <p><i>Ce que je pense, c'est que c'est une mesure de merde pour résoudre le problème, mais que quitte à se gaver autant se gaver. E2</i></p> <p><i>Je le conseillerais oui, si on est interne, qu'on a l'optique de rester en campagne, qu'on sait que là où on veut aller, c'est déficitaire, on ne prend pas trop de risques. E3 E5 E7 E11 E16 E17</i></p> <p><i>Mais je ne le conseillerais pas aux politiques comme moyen pour faire venir des toubibs. E3</i></p> <p><i>Pour moi, c'est simplement un plus parce que, je vous dis, cette installation, elle est aussi parce que j'avais envie d'aller dans cette région pour des raisons personnelles, familiales... E5</i></p> <p><i>Mais il faut quand même bien réfléchir avant, à partir du moment où on signe un CESP, on fait quand même un choix de vie derrière. C'était facile pour moi à partir du moment où je savais très tôt que c'était déjà ce que je voulais faire. [...] Si on sais que c'est ce qu'on veut faire, travailler dans une zone sous-dotée potentiellement sur un projet de coordination ou d'organisation des soins autour d'un territoire, ce qui est assez stimulant. C'est sûr que pour l'étudiant, c'est tout bénéf, quoi. E9</i></p> <p><i>C'est plus pour faciliter l'installation d'étudiants qui savent déjà vouloir faire ça comme exercice plutôt qu'amener des étudiants qui ne savent pas ou qui ne veulent pas... je ne pense pas que ça fasse changer d'avis des étudiants qui ne veulent pas y aller. Je pense que ça facilite l'installation d'étudiants qui savent déjà vouloir faire ça, c'est mon sentiment. Ce qui est déjà très bien. E9</i></p> <p><i>Je pense que en soi, le CESP, je ne pense pas que ce soit une mesure efficace pour l'installation des jeunes. E3 E11</i></p> <p><i>Je pense que c'est très intéressant, en territoire d'Outre-Mer, on est un peu biaisé parce que tout le territoire est sous-médicalisé quasiment, à part certaines zones ; donc en fait pour nous, c'est avantageux, on pourrait presque tous signer, de toute façon ce serait pareil, juste un bénéfice économique. E14</i></p> <p><i>Disons que dans la situation dans laquelle j'étais, et bien oui, parce que ça a été tout bénéfique et ça n'engage à rien. E18</i></p>

<p>Les points faibles du CESP selon les signataires</p>	<p>Une mesure trop contraignante pour les signataires en début d'externat</p>	<p><i>Alors effectivement pour les externes, c'est quand même un gros fil à la patte, hein, parce que ceux qui enquillent pour huit ans, ça fait mal. E2</i></p> <p><i>Ça, je trouve que c'est de la prise d'otage, voilà, ça, je trouve ça dégueulasse. E2</i></p> <p><i>Maintenant, j'ai participé aux commissions facultaires d'étude des dossiers de candidats de CESP, il y a certains étudiants de 2<sup>e</sup> année, 3<sup>e</sup> année, j'avoue que c'est parfois un petit peu perturbant de les voir signer ou en tout cas de proposer. E7</i></p> <p><i>Je le conseillerais à des internes je pense, pas forcément plus tôt, pas à des étudiants, pas en 2<sup>e</sup> année parce que l'engagement après est beaucoup trop long. E16 E17 E18</i></p> <p><i>Sur 10 ans, selon la vie de famille etcétera, je trouve ça trop contraignant. Même si il y a quand même beaucoup de zones où ça peut arriver, je trouve que la vie de famille potentielle prime sur tout ça et que 10 ans avant, on ne peut pas savoir ce qui se passera 10 ans plus tard. E18</i></p>
	<p>Un contrat qui manque de clarté</p>	<p><i>Mais, ce sont des ZONES qui ont été définies par le CESP. Les postes hospitaliers prioritaires ne correspondent pas forcément aux zones déficitaires. Donc il y a encore un méga flou la dessus. E2</i></p> <p><i>Je pense que c'est quelque chose qui a été lancé sur le marché avant d'être réfléchi. E10</i></p> <p><i>L'idée est bonne mais l'organisation laisse à désirer. E12</i></p> <p><i>On ne sais pas où on va, moi, je trouve qu'on ne sait pas où on va, les zones peuvent changer comme elles peuvent ne pas changer. E12</i></p> <p><i>Enfin, rien n'est clair. E12</i></p> <p><i>Mais quand on a signé, on ne nous a pas dit qu'il fallait s'installer en ville, on nous a juste dit qu'il fallait travailler dans la fonction publique ou rendre un service public de médecine en zone sous-médicalisée. Donc c'est assez vague... E14</i></p> <p><i>Mais disons, que moi, quand j'ai signé mon contrat, je n'avais aucune visibilité sur où j'allais m'installer car on n'avait pas les listes à l'époque, en 2010. On n'avait pas du tout de cartographie de zones déficitaires, donc on allait un peu à l'aveugle. E2 E17</i></p> <p><i>Après s'engager un peu comme ça, sans savoir où on met les pieds, c'est... Il faut bien réfléchir. E17</i></p> <p><i>Bonne idée au départ, mais opacité la plus totale sur les zones sous-dotées et leur évolutivité (en tout cas dans ma région). Gestion bureaucratique ne prenant absolument pas en compte les particularités des praticiens. E19</i></p>

<p>Les points faibles du CESP selon les signataires</p>	<p>Un contrat non adapté aux signataires spécialistes</p>	<p><i>Ils ont donc mis 18 mois à 2 ans à sortir les cartes de zones prioritaires pour les médecins généralistes. Moi, j'ai fait « Mais vous êtes gentils, je n'ai aucune info sur la psychiatrie » « Oh, bah... euh... bah... euh » E2</i></p> <p><i>À un an de la fin du contrat, [...] Ils étaient tellement en retard sur l'évaluation des zones prioritaires pour le gros des signataires de CESP qui était la médecine générale, que les 2-3 « kékés » comme moi qui n'étaient pas en médecine générale, qui étaient dans d'autre spés. Ils n'avaient pas fait encore les cartes pour les autres spés, quand on leur a dit « on veut aller là, ça vous convient ? » Ça a été un soulagement, quoi, ils avaient un problème de moins à régler. Je peux vous dire que c'est gageste. E2</i></p> <p><i>Il faudrait qu'il soit plus spécifique pour les spécialités. Que ce soit une mesure moins généraliste, parce que pour moi, quand ils l'ont lancé, ils n'avaient absolument pas réfléchi à l'avance à ce qu'ils allaient proposer pour les médecins spécialistes. C'est quelque chose qui avait été créé dans la tête des politiques de santé pour les généralistes. Ils ont accepté que les spécialistes signent mais ils n'avaient pas pensé à la mise en place. Donc je pense que c'est quelque chose qui devrait être un peu plus différencié en fonction de l'exercice. E10</i></p>
<p>Suggestions d'amélioration du CESP</p>	<p>Avant la signature : Améliorer la communication sur le CESP : présentation de tous les aspects du CESP à tous les étudiants en médecine.</p>	<p><i>Donc j'ai découvert ça par hasard. Parce qu'un jour, j'ai croisé quelqu'un de l'ARS qui venait visiter l'hôpital. E2</i></p> <p><i>La présentation du CESP... la façon dont c'est présenté, déjà, ça me perturbe un peu parce que c'est pas toujours présenté franchement, en dehors de l'aspect financier; de l'aide qu'on touchera pendant les études, on ne fait pas forcément le lien avec les implications que ça représente pour les étudiants qui vont signer ça. E7</i></p> <p><i>C'est la promotion du CESP, qu'est ce qu'on dit, de quelle manière on fait la promotion sans être démagogique, en annonçant vraiment la couleur des choses, en même temps, en n'étant pas trop négatif, parce que moi, j'ai entendu des discours assez négatifs, pour dire que ça correspondrait pas aux gens, que c'est pas la peine de leur présenter... E7</i></p> <p><i>C'est que justement quand j'en ai parlé pendant mes études... à toutes les personnes à qui j'en ai parlé étaient relativement intéressées mais sur le plan de la communication ça avait été assez peu diffusé, je dirais. E8</i></p>

Suggestions d'amélioration du CESP	Au moment de la signature : Clarifier le contrat	<p>Cartographie nationale des lieux d'exercice pour les médecins généralistes et les spécialistes</p> <p><i>J'ai regardé il n'y a pas longtemps sur le site de l'ARS région X les cartes de démographie médicale et on n'y parle que des médecines dites « prioritaires » c'est à dire gynéco, dentiste et médecine générale. Mais il n'y a rien sur les estimations des spécialités. Ah si, il y a les pédiatres aussi. Mais il n'y a rien sur les estimations des spécialistes et des psychiatres, donc je ne suis pas du tout certain qu'en région X ils aient encore fait la carte des zones prioritaires pour les 2-3 cons de psychiatres qui ont signé le CESP. E2</i></p> <p><i>C'est quand ils nous fixent la carte du début, elle reste pendant toute la durée de notre contrat. C'est que les choses soient fixées. E12</i></p> <p><i>C'est avoir une meilleure visibilité sur les listes des lieux d'exercice, qu'il y ait un peu plus de rigueur dans les demandes qu'on fait aux collectivités, aux mairies qui disent : on aimerait bien être sur la liste. Mais après, nous, on n'a pas plus d'informations. On a, sur cette liste des lieux d'exercice, on a beaucoup d'endroits où c'est juste écrit le nom de la ville, 1000 habitants et on ne sait pas plus : combien de médecins il y a sur place, comment ils travaillent, comment les contacter... c'est très vague. Alors qu'il y a d'autres endroits où c'est très très précis avec trop d'informations ; ce serait bien d'avoir un peu un cahier des charges avec les endroits qui sont habilités à avoir des prochains engagés CESP avec des informations du coup plus exhaustives. E16</i></p> <p><i>Réaliser un mappage intégral du territoire afin que les candidats puissent savoir quelles sont les zones concernées, sans attendre que les ARS se bougent pour les désigner. E19</i></p>
------------------------------------	--	---

<p>Suggestions d'amélioration du CESP</p>	<p>Au moment de la signature : Clarifier le contrat</p>	<p>Connaître les conditions de validation des périodes travaillées dès la signature</p> <p>À l'époque j'avais bien fait préciser, attention c'est pas un poste hospitalier dont on parle, si je veux aller en libéral dans une zone déficitaire, ça vous convient, Je rentre dans les clous du contrat. Et oui, si je veux aller en libéral et que je reste dans la région... enfin dans le département, je remplis encore les termes du contrat CESP. E2</p> <p>La question se posait par rapport au fait que je suis chef de clinique et que je n'exerce pas à plein-temps de savoir s'il y avait une durée prolongée ou pas. E7</p> <p>On nous dit que c'est que en médecine générale et en fait en discutant, selon les ARS, on peut arriver à faire des choses. E12</p> <p>Temps plein ou pas temps plein, que ce soit clair. Que le contrat soit clair. E12</p> <p>Le problème, c'est que l'ARS n'avez pas forcément les réponses à mes questions. Moi, je leur ai demandé : « est-ce-que je peux faire des astreintes ? » et en fait, ils ne savent même pas trop, c'est pas très clair non plus, ils me disaient qu'il fallait un temps plein en libéral. Voilà, moi je fais un 80 % mais qu'est ce qu'ils entendent par temps plein ? Enfin, ça a toujours été un peu obscur, mais bref. E12</p> <p>Et moi, ce qui a été embêtant aussi, j'ai eu mes deux grossesses pendant mon internat, il y avaient mes congés maternité, Possiblement, j'aurais pu repousser mon installation par rapport à mes congés maternité. Ils ne savaient pas me dire si c'était possible ou pas. Enfin, ça a été toujours très compliqué. L'ARS n'a pas de réponses à nos questions, c'est ça le problème. E12</p> <p>Par exemple moi je fais des remplacements, est-ce-qu'ils vont compter les heures de remplacement, les jours, les semaines, les dates... je ne sais pas comment ils vont compter mon activité. E14</p> <p>Que ce soit plus clair, mieux détaillé, mieux expliqué, si on peut transférer un CESP dans un autre lieu, si on est obligé de s'installer... E14</p> <p>Mais à chaque fois que j'ai été sollicitée ou que je les [l'ARS] ai sollicité pour savoir comment ils comptaient décompter mon CESP, je ne sais toujours pas combien de temps je dois encore... mais je continue à travailler en zone sous-médicalisée à fournir les contrats à l'ARS donc à un moment ils vont me dire c'est bon, vous avez remboursé... E14</p> <p>Ce serait un peu plus détaillé au niveau du fonctionnement, ce serait bien. E14</p> <p>Améliorer la transparence concernant les critères de validation des périodes travaillées et considérer les post-internat DESC réalisés en zone sous-dotée comme validants pour le remboursement du CESP. E19</p>
	<p>Augmenter la souplesse du contrat sur le plan financier</p>	<p>C'est que les bourses pour les étudiants qui veulent faire des carrières universitaires sont difficiles à obtenir. [...] Le CESP, ça pourrait être un moyen de financer son année de master 2. E2</p> <p>Le rendre plus souple, ça serait par exemple que au lieu qu'on vous file 1100 euros par mois, vous pourriez décider de combien vous avez besoin et ça vous diminue la durée d'engagement. E2</p> <p>Donc l'améliorer oui, trouver une pénalité cohérente, finalement cette pénalité, c'est pas ce qui doit être le plus important dans ce contrat, normalement si on le signe, c'est qu'on veut s'y engager. E13</p> <p>Je diminuerais peut-être la somme car je trouve que ça fait beaucoup d'argent dépensé pour la collectivité. Je pense que même 3/4 ou la 1/2 de la somme, ce serait assez comme un complément d'argent pour ceux qui le signent pour cette raison là. E16</p>

Suggestions d'amélioration du CESP	Pendant les études : améliorer le suivi des signataires par les ARS et faciliter l'accès aux informations concernant le CESP	<p>Un référent unique et formé dans chaque ARS</p> <p><i>Parce que c'était vraiment clair sur leurs documents et sur la liste des postes qui étaient proposés en région X. Je peux dire que ce n'était pas tout à fait pareil en région X où c'était je trouve moins bien fait. E9</i></p> <p><i>Quand je suis allée à l'ARS, leur demander: "J'ai bientôt fini mon internat, qu'est ce que vous me proposez?" Je n'avais pas de réponse. J'ai construit mon projet, je suis revenue les voir en leur disant: "voilà: je vous propose le X" Ils n'avaient rien à me proposer en face mais ils n'étaient pas d'accord. E10</i></p> <p><i>Mais au début l'ARS avait dit « si ils ne peuvent pas vous accueillir tout de suite, c'est pas possible » Et en fait, en discutant un peu, on avait réussi à s'arranger mais voilà... E12</i></p> <p><i>Je trouve que l'accompagnement selon les ARS est très hétérogène en fonction de là où on a signé son contrat. E9 E12 E16</i></p> <p><i>Il n'y a pas assez de coordination justement entre une ARS dans laquelle on signe notre engagement et l'ARS où on part et on va s'installer parce que ce n'est pas forcément la même. E16</i></p> <p><i>Peut-être bien informer le personnel de l'ARS qui doit nous encadrer [...] on a l'impression que l'ARS, ils sont pas vraiment informés sur comment ça se passe. E14 E16</i></p> <p><i>Et même quand on demande, il n'y a pas vraiment d'informations. E16</i></p> <p><i>Avec des référents... peut-être un seul référent qui ne fait que ça de s'occuper des CESP. Souvent c'est un référent qui fait à la fois les CESP, les « praticiens territoriaux », les maisons de santé, il fait tout un peu en même temps mais en fait, rien. E16</i></p>
		<p>Un accompagnement individualisé</p> <p><i>Faire le point de façon personnelle parce qu'ils font le point d'une façon globale avec tous les CESP de la région, ce que je ne trouve pas très intéressant d'ailleurs parce que ce sont des statistiques qu'ils nous sortent et c'est pas très constructif. Alors que des entretiens individualisés, ça peut permettre d'avancer justement au cours de l'internat pour pouvoir monter un projet et que ce ne soit pas monté rapidement à la fin de l'internat. E4</i></p> <p><i>C'est sur l'accompagnement au cours du cursus, j'ai eu aucun contact avec l'ARS ou presque pendant toutes mes études. Je pensais que ce serait un peu plus étayé que ça. E4 E7 E9 E16</i></p> <p><i>C'est aussi pouvoir être orienté sur un projet où le travail de terrain a un petit peu déjà été fait sur les besoins du territoire et ce qu'il y a à faire. E9</i></p> <p><i>Et surtout l'accompagnement, le contrat normalement est double : à la fois d'indemnité et d'accompagnement par les ARS. E16</i></p> <p><i>Moi en ce qui me concerne, c'est peut-être parce que j'avais déjà un projet, donc c'est pour ça que ça n'a pas été le cas, sinon je dirais un suivi, un meilleur suivi, savoir ce qu'on peut faire, comment on peut modifier les choses, savoir à quoi on s'engage exactement, dans quelles zones, enfin moi, j'ai tout tâtonné, j'ai su par hasard qu'il fallait que j'envoie un courrier pour dire que ça y est je me suis installée et que... enfin voilà j'ai vraiment été laissée pour compte totalement à partir du moment où j'ai signé ce contrat, j'ai trouvé, à part de toucher cette prime tous les mois mais voilà. E18</i></p>
		<p>Un portail CESP</p> <p><i>Je trouve qu'il n'y a pas de coopération ou de plateforme pour pouvoir avoir des informations un peu plus claires. E16</i></p>

	<p>Pendant les études : Faire découvrir l'exercice en zone sous-dotée</p>	<p><i>Il faut inciter les gens à venir le faire parce que c'est un super boulot. E3</i>  <i>Il faut surtout venir montrer ce qu'est ce boulot, les atouts, arrêter d'en faire, soit disant, un sacerdoce dans lequel il faut bosser soit disant de 8h à 23h tous les jours, parce que c'est faux, on peut aussi s'organiser en zone rurale, de dire qu'on est isolé, c'est complètement faux aussi. [...] Ça peut être en accompagnement vraiment d'une découverte du boulot... E3</i>  <i>Faciliter les stages dans la futures zones d'installation et dans les Centres Hospitaliers collaborateurs. E6</i>  <i>On connaît ses futurs collaborateurs, on découvre la zone, comme ça on est sûr de ce qu'on veut faire, ça permet aussi de se rendre compte que ce n'est pas ce qu'on veut. E6</i>  <i>Leur permettre d'accéder à des stages qui correspondent à peu près à leur projet ou en tout cas leur faire découvrir des endroits s'ils n'ont pas encore de projet bien précis, autant en externe qu'en interne, je pense qu'il y a des travaux à faire la dessus. E7</i></p> <p>Favoriser les stages dans les zones sous-médicalisées</p> <p>Faire connaître les structures existantes et rencontrer les médecins qui y exercent</p> <p><i>Donc il faut que l'on trouve des structures, soit des pôles de santé, soit des cabinets médicaux. On est un peu seul. E15</i>  <i>Nous accompagner peut-être plus dans les choses qui existent, pour nous inciter à aller travailler dans les zones déficitaires, dans les maisons de santé qui existent, nous faire rencontrer les médecins, nous faire rencontrer les personnes, [...] c'est une histoire de rencontres. E17</i></p>
<p>Suggestions d'amélioration du CESP</p>	<p>Pendant les études : une aide pour la thèse</p>	<p><i>Pour l'améliorer... (hésitations)... Nous aider pour notre thèse (rires) Nous aider pour nous débarrasser de ça, parce qu'on est engagé et puis le temps passe... Peut-être que si en signant ce contrat, on pouvait nous donner un coup de pouce pour finir rapidement nos études E17</i></p>
	<p>Permettre aux signataires de décaler une installation pour faire des remplacements</p>	<p><i>Je pense que c'est important de faire des remplacements [...] C'est un peu ce que je regrette, le côté astreignant en terme de délais post internat pour s'installer. C'est un peu ce que je reproche au CESP, plutôt que de s'installer tout de suite, autant laisser les gens faire un peu de remplacement au moins pendant un an et puis après qu'ils montent un projet. E4</i>  <i>Je ne sais pas, les remplacements c'était vraiment très important avant, et ça l'est encore je trouve, et je trouve ça dommage qu'on ne puisse pas en faire un petit peu plus dans le cadre du CESP. Sachant que tôt ou tard, la personne qui a signé s'engage à s'installer en zone déficitaire. C'est un peu ce que je reproche. E4</i></p>
	<p>Proposer des formations à la gestion d'un cabinet médical</p>	<p><i>Pour la gestion : quelle caisse ? Comment ? Quoi ? Enfin c'est super space, il y a plein de truc qu'on ne sait pas. Ne serait ce que pour faire un putain de bilan comptable. Ça, c'est une sacrée épine dans le pied parce que en fait... voilà... maintenant ça va mieux. Mais, j'ai perdu un temps monstre parce qu'on m'a pas filé les outils. E3</i>  <i>Il suffirait d'aller à un séminaire de 4 jours et ce serait fait. Parce que c'est pas compliqué. Ça nous faciliterait vachement la tache. E3</i>  <i>Peut être être un peu plus aidé sur les questions de fiscalité ou les choses un petit peu plus pratico-pratique. Ça, ça pourrait être bien, parce que c'est vrai que l'installation après c'est un sacré chantier, quand on y est confronté. E5</i></p>

Suggestions d'amélioration du CESP	Au moment de l'installation : Aider les signataires sur le plan administratif	<p>Création d'un portail installation et possibilité de contacter un référent installation</p> <p><i>Parce que quand on commence comme ça dans une zone un peu dé-médicalisée un peu machin, au début on ne peut pas avoir une femme de ménage, une secrétaire, un comptable, un machin et on ne sait pas par où commencer parce qu'on ne sait pas lequel est le plus important et on se retrouve à faire tout et c'est infecte. E3</i>  <i>Il y a une notion, comme il se fait dans certaines facs, de portail unique pour l'installation, je pense que plus que jamais il faudrait pour les candidats CESP il faudrait que ce soit le cas. Pour tous les étudiants qui veulent s'installer, déjà, ça, c'est une bonne chose, mais encore plus pour les étudiants qui font le CESP. Parce que les démarches quand on s'installe en milieu un peu isolé, rapidement, il faut faire des kilomètres pour aller à droite, à gauche s'il y a besoin, aller à l'URSSAF, à la CPAM ou je ne sais pas quoi. Donc, qu'il y ait vraiment un guichet unique, peut-être via l'ARS justement, les référents installation de l'ARS [...] un référent vraiment unique qui aide pour toutes les démarches administratives qu'il y a à faire au moment de l'installation. E7</i>  <i>Aider au moment de l'installation, sur le choix du lieu d'exercice, aider à l'installation... et c'est tout, dans le cadre du CESP. E15</i></p>
	Postes « clefs en main » dans des maisons de santé	<p><i>A moins d'être dans une structure où tout est déjà installé. E3</i>  <i>Je pense que ce qui serait pas mal pour les zones sous-dotées des salariats, les maisons de santé avec des salariats, du prêt à l'emploi, quoi. Le médecin arrive, il travaille, quasiment salarié ou pas, après... ou du semi-salariat... ou je ne sais... Qu'il n'y ait pas grand-chose à faire, ça serait peut-être plus simple pour recruter dans les régions sous-dotées. E15</i></p>
	Autres mesures à associer au CESP pour encourager les médecins à exercer en zone sous-dotée	<p><i>C'est plutôt les projets de regroupement. E9</i>  <i>Mais s'il y avait eu le projet de maison de santé pluri-pro mais pas les aides financières, je me serais installée ; S'il y avait les aides financières mais pas le projet pluri-pro, je ne me serais pas installée. C'est ce qu'il faut comprendre. J'ai l'impression que c'est ce que les communautés de communes ou ces choses là ne comprennent pas forcément toujours. E9</i>  <i>Je pense qu'il vaudrait mieux qu'ils privilégient la qualité de vie en libéral avec la construction de pôles médicaux de santé et peut-être essayer d'être... comment dire... de permettre aux jeunes gens d'avoir une meilleure qualité de vie. E11</i>  <i>Je crois que revaloriser la médecine rurale, ce serait quelque chose qu'il faudrait faire en premier avant de mettre l'argent dans des CESP. E11</i>  <i>Créer des maisons de santé même dans les zones rurales, justement peut-être favoriser des projets où il y a plusieurs médecins CESP qui s'installent ensemble par exemple, des choses comme ça. Pour que en signant ce CESP, on est pas l'impression que justement on se flingue d'avance. E13</i>  <i>Il n'y a pas beaucoup de structures d'accueil, il faut qu'on se débrouille quant à l'installation à la fin de l'internat. E15</i></p>
	Des mesures à associer	<p><i>Mon sentiment, c'est que ce genre de mesure prise isolément, je veux dire si on ne rajoute pas à côté les stages chez les médecins généralistes pendant les études etc, c'est plus pour faciliter l'installation en zone rurale ou en zone où il y a besoin, il n'y a pas que en zone rurale, c'est plus pour faciliter l'installation d'étudiants qui savent déjà vouloir faire ça comme exercice plutôt qu'amener des étudiants qui ne savent pas ou qui ne veulent pas... je ne pense pas que ça fasse changer d'avis des étudiants qui ne veulent pas y aller. Je pense que ça facilite l'installation d'étudiants qui savent déjà vouloir faire ça, c'est mon sentiment. Ce qui est déjà très bien. E9</i>  <i>Je trouve que c'est quand même une mesure incitative mais qui ne suffit pas pour débloquer tous les freins qu'il y a à l'installation. E16</i></p>

## **ANNEXE 1: Mail transmis aux signataires par l'intermédiaire des ARS**

Chers collègues,

Je sollicite votre participation à un entretien téléphonique entrant dans le cadre de mon travail de thèse.

Cette thèse a pour but de faire un état des lieux de la situation professionnelle et des projets des signataires d'un Contrat d'Engagement du Service Public déjà en fonction.

Les entretiens seront anonymisés lors de la retranscription, ils seront d'une durée limitée et réalisés au moment qui vous conviendra le mieux.

Vous pouvez me contacter par mail ou par téléphone pour confirmer votre participation ou simplement pour obtenir des renseignements complémentaires.

Je vous en remercie par avance.

Audrey PHELIPOT  
Interne en médecine générale à Rennes

Coordonnées mail et téléphone.

## ANNEXE 2: Grille d'entretien

### 1° CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

- Sans parler de votre activité professionnelle pouvez-vous vous présenter ? (Question posée uniquement pour les entretiens 1 à 4)
  - Quel est votre âge ?
  - Si plus âgé, avez vous exercé une autre profession avant la médecine?
  - Quelle est votre situation familiale ? Avez-vous des enfants ?
  - Considérez-vous être plutôt d'origine urbaine ou rurale ? Êtes-vous originaire de la région ? du département où vous vous travaillez ?
  - Avez-vous fait vos études dans la région où vous travaillez ? Vous êtes vous installé à proximité de votre pôle universitaire?

### 2° AVANT L'INSTALLATION

- Quelle a été votre activité entre la fin de votre internat et votre installation ?
  - Quelle durée ?
  - Avez vous pu choisir librement ou été incité par ARS ou CNG?
  - En zone sous dotée ?
  - Même activité que depuis votre prise de fonction ?
- Comment avez-vous construit votre projet professionnel ?
  - Pourquoi ce lieu ? Raisons personnelles ou professionnelles ? Pourquoi ce cabinet ou hôpital?
  - Avez vous bénéficié de conseils de la part de certaines structures ? ARS, conseil de l'ordre...
  - Avez-vous subit des incitations de la part de ces structures ? (lieu ou date d'installation...)

### 3° ACTIVITE PROFESSIONNELLE

- Pouvez- vous décrire votre activité professionnelle actuelle?
  - Quelle est votre spécialité ?
  - Dans quel type de structure ? (cabinet seul, cabinet à plusieurs, MSP, pôle santé, hôpital, autre structure ?
  - Salariat ? libéral ? mixte ?
  - Quel est votre statut ? (associé, collaborateur, assistant, chef de clinique...)
  - Depuis quand êtes vous installé ou en fonction ?

### 4° CESP

- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez signé un CESP ?
  - Effet d'aubaine ? Autre raison ?
  - Quand avez vous signé un CESP ? Avant ou après les ECN ? Cette signature a-elle modifiée votre choix de spécialité ?
  - Quelle est la durée de votre engagement ? Êtes-vous toujours engagé ?
- En quoi la signature d'un CESP a-t-elle modifié votre situation professionnelle actuelle ?
  - Lieu ?
  - Amélioration des conditions de travail actuelles? Ou pendant vos études?
- Bénéficiez-vous d'autres aides à l'installation ou à l'exercice en zone sous dotée ?
  - Ces aides vous incitent elles à rester en zone sous dotée ?
- Etes-vous satisfait de votre activité actuelle ?

- Que voudriez-vous améliorer ?
  - Qu'est ce qui vous plaît?
  - Envisagez-vous une rupture de contrat et pourquoi ?
  - Quels sont vos projets à l'issu de votre engagement ?
    - Si garde même activité : quelle durée ?
    - Si modification d'activité : changement de lieu ? zone sous dotée ? garder une activité médicale ou non ?
  - Que pensez-vous personnellement du CESP ? Le conseillerez-vous ?
  - Quelles seraient vos suggestions pour améliorer le CESP ?
- L'entretien est terminé, voulez vous ajouter quelque chose ? Merci

**PHELIPOT, Audrey.**

**Quelle a été l'influence du « Contrat d'Engagement de Service Public » sur le choix de l'activité professionnelle de ses signataires ? Enquête nationale qualitative auprès de médecins signataires actuellement en exercice.**

58 feuilles, 2 illustrations, 3 tableaux, 30 cm. - Thèse : Médecine; Rennes 1; 2017; N°

Résumé:

La démographie médicale française connaît des inégalités de répartition géographique des praticiens sur le territoire. Le « Contrat d'Engagement de Service Public » (CESP) a été créé en 2009 pour inciter les jeunes médecins à exercer dans ces « déserts médicaux » en contre-partie d'une allocation mensuelle pendant leurs études.

Cette étude qualitative nationale est basée sur des entretiens téléphoniques de signataires actuellement en exercice. L'objectif principal était de décrire l'influence du CESP sur le choix de leur activité professionnelle. L'objectif secondaire était de restituer leurs propositions d'amélioration du contrat.

19 médecins (17 généralistes et 2 psychiatres) exerçant en France métropolitaine et Outre-Mer ont été interrogés entre mars et juin 2016. Le CESP n'a pas modifié leur situation professionnelle actuelle ou sa pérennisation mais il a incité les médecins exerçant en libéral à s'installer plus rapidement. Les signataires proposaient une clarification du contrat et une amélioration de l'accompagnement par les ARS.

Avant la signature du contrat, les médecins interrogés avaient déjà un projet d'exercice en zone sous-médicalisée. Pour les premiers signataires, le CESP relevait plus de l'aubaine que de l'incitation à l'exercice en zone sous-médicalisée.

**What was the influence of the CESP (Contrat d'engagement de Service Public in french), commitment contract of public service on the choice of the current employment status of signatories? Qualitative national study of signatory doctors who currently practice medicine.**

Abstract:

French medical demography experiences inequalities in the distribution of doctors on French territory. The CESP was created in 2009 to encourage young doctors to work in those « medical deserts ». In return, they receive a grant each month during their studies.

This qualitative national study was based on phone interviews of signatory doctors who currently practice medicine. The main purpose was to describe the influence of the CESP on the choice of their current employment status. The second purpose was to make them suggest how the contract could be improved.

19 doctors (17 general practitioners and 2 psychiatrists) working in metropolitan France and in Overseas Territories were interviewed between March and June 2016. The CESP didn't change the current employment status of the signatory doctors or its perennality. But it encouraged the doctors who worked in private practice to set up faster. They suggested to make the contract clearer and improve the support by the ARS (Agences Régionales de Santé in french), Regional Health Agencies.

Before the contract signature, the interviewed doctors had already the project of practicing in sub-medicalized areas. The CESP was more a godsend than an incentive measure for the first signatories.

Rubrique de classement: Médecine

Mots-clés: CESP, mesure incitative, démographie médicale, zone sous-médicalisée, désert médical

Mots-clés anglais MeSH: CESP, incentive measure, medical demography, sub-medicalized areas, medical desert

	Président	Monsieur le Professeur LEGUERRIER Alain
JURY	Assesseurs	Monsieur le Docteur BADOUL André [directeur de thèse] Madame le Professeur HUGÉ Sandrine Monsieur le Docteur GARLANTEZEC Ronan Madame THOUIR Semiya